



HAL
open science

Recours à l'IVG de 2005 à 2010 : état des lieux d'une situation locale, réflexions et perspectives

Marion Philippon

► **To cite this version:**

Marion Philippon. Recours à l'IVG de 2005 à 2010 : état des lieux d'une situation locale, réflexions et perspectives. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01733824

HAL Id: hal-01733824

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733824>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marion PHILIPPON

Le 19 Septembre 2012

Recours à l'IVG de 2005 à 2010 :

état des lieux d'une situation locale, réflexions et perspectives.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Francis GUILLEMIN	Président
M. le Professeur Alain GÉRARD	Juge
M. le Docteur MCU-PH Olivier MOREL	Juge
M. le Docteur Cédric BERBÉ	Juge et Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de

Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô

Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Remerciements

*À notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,
Professeur d'Épidémiologie, d'Économie de la santé, et de Prévention.*

C'est un honneur de vous avoir comme président de jury de thèse.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail, et vous remercions vivement pour vos conseils et votre disponibilité.

Nous vous prions de voir en ce travail l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

*À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Alain GÉRARD,
Professeur de Réanimation médicale.*

Nous sommes très honorée de l'attention que vous nous portez en acceptant de faire partie de notre jury.

Veillez voir en ce travail nos sincères remerciements pour votre implication dans la formation des médecins généralistes. Vos enseignements dispensés dans la Vallée de la Haute Moselle ont été des plus enrichissants.

Avec notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Olivier MOREL,

*Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier de
Gynécologie Obstétrique.*

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury, je vous en suis particulièrement reconnaissante. J'ai été très sensible à l'enseignement dispensé à l'égard des internes en médecine générale à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre pédagogie.

Avec tout mon respect.

*À notre Juge et Directeur,
Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ,
Médecin généraliste.*

Je vous suis très reconnaissante pour la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez croire en mes sincères et vifs remerciements pour votre disponibilité et votre patience. Vous avez su me guider dans les grandes étapes de ce travail, de son initiation à sa finalisation, et me prodiguer de précieux conseils, notamment méthodologiques. Je vous prie de voir en ce travail l'expression de ma gratitude et de mon estime.

À Madame le Docteur Carole AYAV,

Docteur en Épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Merci pour votre aide précieuse, ce travail n'aurait pu se faire sans votre concours.

À Madame le Docteur Stéphanie Chevalier, médecin du DIM du centre hospitalier de Remiremont,

À Monsieur le Docteur Gérard Mougnot, médecin du DIM du centre hospitalier Émile Durkheim à Épinal,

À Monsieur le Docteur Hippolyte Digbeu, médecin du DIM de la Clinique l'Arc-en-Ciel, à Épinal.

Merci pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à mon travail, cette thèse n'aurait pu être réalisée sans votre collaboration.

Aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer,

Aux Docteurs Olivier Château, Pierre Remond, Jean-Charles Vauthier, mes maîtres de stages.

Vous m'avez fait découvrir la médecine générale, chacun avec votre pratique, tous avec humanité, passion et engagement. Cette découverte associée à votre accueil chaleureux et aux traits d'esprits partagés ont fait de ces six mois une expérience inoubliable. Merci pour tout.

Aux Docteurs Francis Meslin, Virginie Vauthier, Delphine Scheer, aux membres du groupe de pairs de la Vallée de la Haute Moselle.

Faire mes premiers remplacements à vos côtés et participer à ce groupe de pairs dans une telle confraternité est une chance inestimable. Merci pour votre accompagnement et la confiance que vous m'accordez.

Aux praticiens hospitaliers qui ont participé à ma formation. Mes différents stages en tant qu'externe puis interne m'ont donné l'occasion de croiser les chemins de médecins passionnés et pédagogues. Tout ce que j'ai appris à leurs côtés m'est précieux pour cette belle pratique diversifiée de la médecine générale. Avec mes meilleurs souvenirs et tous mes remerciements.

À Xavier,

À ton optimisme, ta façon de mordre la vie à pleines dents. Merci pour ton soutien, dans ce travail entre autres. À nous, à notre vie ensemble, à notre complicité, à notre bonheur.

À mes Parents,

Merci pour votre amour, votre affection, votre soutien indéfectible. Depuis toujours, vous m'avez accompagnée dans tous mes projets en me laissant libre de mes choix. Vous avez partagé vos connaissances, m'avez initiée à l'art, aux voyages... Que de bonheur, de belles expériences et de fous rires ! Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et m'apportez encore aujourd'hui.

À Tonia,

Tonia, grandir à tes côtés a été le plus beau des cadeaux que nos parents m'ont fait. Je repense souvent à nos franches rigolades, à nos moments de complicité, à nos chamailleries. Même si nous sommes maintenant pour l'une, rat des villes, et l'autre, rat des champs, cet amour fraternel et cette proximité restent intacts.

À Nanette, Lili, Gérard, Puce,

Affectueuses pensées à Nanette, mon impressionnante grand-mère rebelle, ainsi qu'à mes oncles et tantes.

À Yolande et Raymond,

Votre accueil a toujours été chaleureux, je vous en remercie.

À Olivia, merci pour ton optimisme, ton bon sens et ton humour. Tonia a de la chance de t'avoir croisée.

À Fanny, ma chère amie voyageuse... Notre amitié vieillit comme un bon vin de garde, avec encore de nombreuses dégustations à venir ! Je te souhaite beaucoup de bonheur chez « les english ».

À Ségolène et Fabrice, combien de fois avons-nous refait le monde ?! Merci pour tous les bons moments passés ensemble et pour votre amitié sans faille.

À Marie et Brahima. Marie, depuis notre rencontre sur les bancs en P1, que de fous rires et de beaux moments... Merci à vous deux pour votre bienveillance, votre douceur et votre amitié indéfectible.

À Kénora, après le Vietnam et Verdun ensemble, je crois que plus rien ne peut nous faire peur ! Ce voyage en Asie a été le début d'une belle amitié, merci pour ton incroyable gentillesse et ton énergie inégalable.

À Zabou et Benoît, vous, les amis qui avez osé franchir la frontière Vosgienne ! Pas des Hautes Vosges, certes, mais tout n'est pas encore joué! Aux soirées qui nous attendent! Merci pour votre sourire constant !

À Anaïs, Adeline et Alice. A nos différentes escapades en France ou en Allemagne ! Autant de bons souvenirs avec chacune d'entre vous, et d'autres bons moments à venir, je l'espère. Merci pour votre spontanéité, votre douceur et votre bonne humeur.

À Aurélie, à nos innombrables heures de musique, de discussions, de fous rires.

À Fred, Steph, Gaël, merci, les gars, pour votre fidélité malgré la distance. Que les vacances et les bonnes soirées en votre compagnie soient encore nombreuses !

À Benoît et Julie, tous les deux le cœur sur la main. Merci beaucoup, Julie, pour ta relecture méticuleuse, ton aide m'a été précieuse.

À Charles. Ton courage m'impressionne. Je pense souvent à la leçon de vie que tu nous donnes.

À Agathe, je suis heureuse d'avoir à nouveau l'occasion de profiter de ta spontanéité, de ta bonne humeur et de ton optimisme.

À Sandra, Guillaume, Laurène, David, Romain, Pierre, Vincent, Maxime, Jeffrey, Catherine. Les instants en votre compagnie sont toujours joyeux, merci !

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

	Pages
Glossaire des abréviations	19
Introduction	21
1 Contraception et interruption volontaire de grossesse (IVG) : éléments de compréhension de la situation actuelle	22
1.1 Matériel et méthode	23
1.2 Résultats	25
1.2.1 Historique des moyens contraceptifs et abortifs	25
1.2.2 L'aspect politique et légal de l'avortement et de la contraception au fil des siècles	32
1.2.3 Données épidémiologiques : IVG et contraception	43
1.2.4 Recours à l'IVG	51
1.2.4.1 Difficultés liées à la contraception	51
1.2.4.1.1 Gestion de la contraception	51
1.2.4.1.2 Absence de contraception	52
1.2.4.2 Grossesses non prévues : autres déterminants	54
1.2.4.3 Choix de l'IVG	55
1.2.5 Conditions de prise en charge des IVG	59
1.2.6 L'IVG en Lorraine	63
2 État des lieux à Remiremont et dans les communes environnantes	64
2.1 Objectifs	65
2.2 Matériel et méthode	65
2.2.1 Détermination de la zone étudiée	65
2.2.2 Recueil des données	65
2.2.3 Population étudiée, sous-groupes retenus	66
2.2.4 Traitement des données recueillies	67
2.2.5 Présentation des résultats : réalisation de cartes	67
2.3 Résultats	68
2.3.1 Recueil des données	68
2.3.2 Détermination de la zone étudiée	68
2.3.3 Population étudiée, sous-groupes retenus	71
2.3.4 Traitement des données recueillies	72
2.3.4.1 Résultats globaux concernant l'ensemble de la zone étudiée	72

2.3.4.2 Résultats par classe d'âge, par groupe de communes et par année	75
2.3.5 Présentation des résultats : réalisation de cartes	78
2.3.5.1 Résultats pour les 15-49 ans	79
2.3.5.2 Résultats pour les 15-19 ans	81
2.3.5.3 Résultats pour les 20-24 ans	84
2.4 Discussion	89
2.4.1 Résultats obtenus	89
2.4.1.1 Interprétation des résultats globaux	89
2.4.1.2 Interprétation des résultats détaillés sous forme de tableaux et de cartes	91
2.4.2 Limites et biais	92
2.4.2.1 Limites	92
2.4.2.2 Biais	92
2.4.3 Intérêt de l'étude	93
3 Campagnes d'éducation et d'information : études et perspectives	94
3.1 Objectifs	95
3.2 Matériel et méthode	95
3.2.1 Recherche bibliographique	95
3.2.2 Carte heuristique	96
3.3 Résultats	97
3.3.1 Actions de prévention existantes et intervenants ; limites des moyens mis en œuvre	97
3.3.1.1 Groupes cibles de la prévention des IVG et des grossesses non prévues	97
3.3.1.2 Actions existantes et intervenants	100
3.3.1.2.1 Les campagnes nationales	101
3.3.1.2.2 Interventions en milieu scolaire	104
3.3.1.2.3 Mesures concernant les populations à risque	108
3.3.1.2.4 Rôle des acteurs de santé	114
3.3.1.3 Limites des moyens de prévention	116
3.3.2 Exemples d'actions menées à l'étranger	121
3.3.2.1 Les Pays-Bas	121
3.3.2.2 La Suisse	122

3.3.2.3 Le Québec	122
3.3.2.3.1 Le système scolaire	123
3.3.2.3.2 Les ordonnances collectives	124
3.3.2.3.3 Acteurs de santé	125
3.3.2.4 Les États-Unis et le Royaume-Uni	126
3.4 Discussion : les actions envisageables	131
Synthèse	133
Conclusion	136
Liste des cartes	137
Liste des illustrations	138
Liste des tableaux	139
Liste des annexes	140
Bibliographie	176

Glossaire des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS : Agence régionale de santé
CAS : Centre d'analyse stratégique
CAT : Centre d'aide par le travail
CDADS : Cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité
CFA : Centre de formation des apprentis
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLSC : Centres locaux de services communautaires
CMQ : Collège des médecins du Québec
CNGOF : Conseil national des gynécologues et obstétriciens français
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : Direction générale de la santé
DIM : Département d'information médicale
DIU : Dispositif intra-utérin
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EICCF : Etablissement d'information, de consultation et de conseil familial
FMC : Formation médicale continue
GUM clinics : Cliniques de « médecine génito-urinaire », Royaume-Uni
HAS : Haute autorité de santé
HPST : loi hôpital, patients, santé et territoires
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IME : Institut médico-éducatif

INED : Institut national des études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPPF : International planned parenthood federation (fédération internationale de planification familiale)
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LARC : Long-acting reversible contraception (contraception réversible de longue durée d'action)
MFPF : Mouvement français pour le planning familial
NHS : National health service, système de santé publique, Royaume-Uni
ONU : Organisation des nations unies
ORS : Observatoire régional de santé
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
SA : Semaines d'aménorrhée
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

En 1975, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été reconnue par le législateur, après de nombreux échanges vifs et passionnés, comme un droit fondamental des femmes. Le sujet est encore aujourd'hui source de débats quant à ses modes de prise en charge, sa prévention, ses conséquences (1)... Décider de mettre un terme à une grossesse non désirée et / ou non prévue reste pour une femme une décision souvent difficile à prendre, décision pour laquelle le médecin généraliste est parfois sollicité. Au cours d'une réunion du groupe de pairs des médecins généralistes pratiquant dans la vallée de la Haute Moselle, les cas de plusieurs patientes confrontées à une interruption volontaire de grossesse ont été évoqués. La discussion, initialement menée à propos du cas particulier de chacune des patientes, s'est ensuite enrichie d'une réflexion globale sur la situation locale : le recours à l'IVG est-il plus important dans les communes de la vallée qu'au niveau régional ou national ? Quelles stratégies de préventions locales pourrait-on adopter, de façon générale ? Et comment, plus spécifiquement, définir la place du médecin généraliste dans ces méthodes de prévention ?

De ce questionnement est né ce travail.

Il est organisé en trois axes, selon trois questions de recherche.

Tout d'abord, quelles sont les caractéristiques actuelles de la contraception en France, et de quelles données épidémiologiques concernant l'IVG disposons-nous ?

Deuxièmement, quelle est la situation du recours à l'IVG dans la vallée de la Haute Moselle, à Remiremont et dans les communes environnantes ?

Troisièmement, en cas d'intervention de prévention, quelles sont les méthodes envisageables, au regard des différentes actions menées jusqu'à présent en France et localement ?

Enfin, en réponse à ces trois questions, peut-on proposer des actions locales concrètes ?

**1 Contraception et interruption volontaire de grossesse (IVG) :
éléments de compréhension de la situation actuelle**

1.1 Matériel et méthode

La méthode choisie est celle de la recherche bibliographique.

Les sources ont été choisies de façon internationale.

MOTEURS DE RECHERCHE :

Médicaux: Pubmed, Cismef ;

Généraux: Google.

SOURCES :

Sites institutionnels nationaux :

- Institut national d'études démographiques (INED) ;
- Sites du ministère de la santé et des sports ;
- Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ;
- Légifrance ;
- Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ;
- Planning familial ;
- Documentation française ;
- Le Nouvel Observateur.

Bases de données :

- Scopus ;
- The Cochrane Library ;
- EM Premium ;
- La Banque de Données en Santé Publique ;
- Medline ;
- Cismef.

Ouvrages spécifiques :

Certains ouvrages ont été consultés sur place à la bibliothèque de l'Université de Lorraine avec, comme aide à la recherche, le catalogue disponible sur Internet (par exemple « De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues », de N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe Giné de l'Inserm ; « L'Interruption Volontaire de Grossesse », de Michèle Ferrand et Maryse Jaspard ; ou « Contraception : contrainte ou liberté ? », travaux du Collège de France sous la direction de Étienne-Émile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon).

MOTS-CLÉS et OPÉRATEURS BOLÉENS :

Francophones :

« interruption volontaire de grossesse » OR « avortement » OR « contraception » OR « grossesses non prévues » ;

AND « législation » OR « historique » OR « antiquité » ;

AND « statistiques » OR « épidémiologie » OR « méthodes » OR « causes » OR « choix » OR « Lorraine ».

Anglophones :

L'outil de traduction utilisé a été l'outil terminologie du Cismef, les mots clefs retenus l'ont été parmi le glossaire « MeSh » de Medline :

« abortion , induced » OR « contraception » ;

AND « statistics » OR « methods » OR « causes » OR « epidemiology » OR « choice behavior ».

Réalisation d'une frise à l'aide du logiciel d'accès libre « Photophiltre 7 », et de modules « SmartArt » de Word 2007.

1.2 Résultats

1.2.1 Historique des moyens contraceptifs et abortifs

L'usage de la contraception orale (ou « pilule »), révolution contraceptive, s'est développé à l'époque contemporaine, à partir des années 1960. Pourtant la régulation des naissances par des moyens contraceptifs ou abortifs est mentionnée dans des textes depuis l'Antiquité (2). Nos ancêtres ne manquaient pas d'ingéniosité...

Contraception par voie locale, per os, ou post-coïtale, les femmes de l'Ancienne Égypte disposent déjà d'un certain éventail. Elles utilisent par voie locale du miel ou bien des excréments de crocodile (dont la prescription médicale a été retrouvée sur un papyrus). Des fumigations ou douches vaginales servent de contraception post-coïtale. Les anciens modèles supposés de la contraception orale sont les graines de ricin et la grenade (dont l'analyse a révélé qu'elle contient des œstrogènes naturels). La grenade est aussi utilisée comme base pour élaborer des cônes de cire appliqués localement (3).

À l'époque de la Grèce antique, Aristote propose en tant que contraceptif des irrigations à l'huile d'olive ou de cèdre et l'utilisation de pessaires ; et comme moyen abortif l'introduction dans le col d'un tube creux en plomb ou d'une plume de canard. Hippocrate lui-même prône l'utilisation de moyens contraceptifs avec le coït interrompu, la réalisation de sept sauts talons aux fesses après un rapport sexuel pour « faire tomber la semence » (3). Soranos d'Ephèse, gynécologue du II^e siècle avant J.C, est l'auteur d'un exposé médical de prévention des naissances privilégiant les méthodes contraceptives aux méthodes abortives. Un moyen contraceptif qu'il mentionne consiste en l'utilisation de tampons occlusifs en laine imbibés de produits astringents (huile de cèdre, onguent de plomb, encens mélangé à de l'huile d'olive...) dont le but est de resserrer le col utérin. Déjà à cette époque, Soranos aurait supposé l'existence d'un cycle hormonal et proposé l'abstinence lors des périodes à risque(4)... Avec malheureusement des erreurs dans son interprétation (il pensait qu'il n'y avait pas de risque de fécondation en milieu de cycle). Il rapporte également le recours à des moyens mécaniques visant à expulser le sperme après le rapport

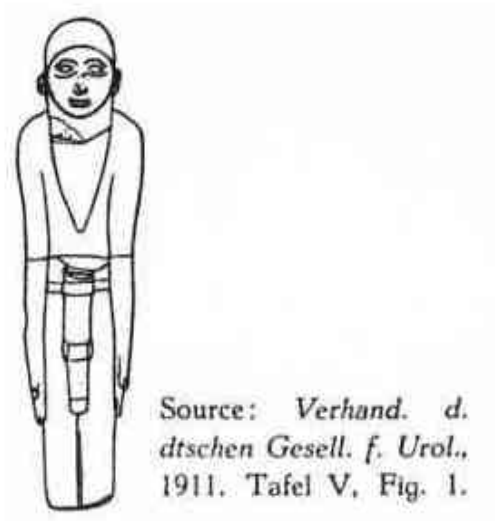
sexuel (éternuements, marche). Toutes ces méthodes sont à associer pour majorer leur efficacité. En ce qui concerne les moyens abortifs, l'activité physique est recommandée pour déclencher un avortement au cours du premier mois de grossesse, ainsi que des saignées, des bains de siège... Si la grossesse se poursuit les femmes ont recours à des potions, mais il leur est vivement déconseillé de percer la poche amniotique (2).

Pendant la période de l'Antiquité romaine, les douches vaginales d'eau froide sont utilisées comme moyen contraceptif. Pline, auteur de l'encyclopédie « Histoire Naturelle », évoque la contraception masculine par l'application d'huile de cèdre sur le pénis (3).

La médecine arabe, avec notamment Avicenne et Rhazes, dispense elle aussi des conseils en matière de contraception. Sont mentionnés le recours aux pessaires, au coït interrompu, à l'expulsion du sperme en post-coïtal, à des fumigations intravaginales ou au lavage de la verge au vinaigre avant les rapports.

Au Moyen-Âge, dans la civilisation occidentale chrétienne, se développe la notion du « péché de chair ». La contraception est alors largement condamnée. Seul Albert le Grand, professeur de renom du XIIIe siècle, donne quelques conseils de moyens de contraception, comme manger des abeilles ou boire de l'urine d'homme ou de mouton... (3).

Qu'en est-il du préservatif ? Des fresques égyptiennes ou des peintures rupestres de la préhistoire représentent des hommes portant des étuis péniers, mais apparemment plus à visée protectrice locale que contraceptive.



Source: *Verhand. d. deutschen Gesell. f. Urol.*, 1911. Tafel V, Fig. 1.

Illustration n°1 : Étui pénien, ancienne Égypte (3)

Les premiers préservatifs sont développés en Asie aux alentours du Xe siècle. Au Japon, ils sont réalisés à l'aide d'écailles de tortue ou en corne d'animal, et en Chine, en papier de soie huilé.



Illustration n°2 : « Kabuta-gata », écaille de tortue, Japon, Xe siècle

En Europe, l'usage du préservatif s'est développé au XVIe siècle suite à la propagation de la syphilis, donc initialement dans le but de prévenir la transmission de cette maladie vénérienne, et non à visée contraceptive. Gabriel Fallope, anatomiste italien du XVIe siècle, a contribué au développement du préservatif en testant un modèle en lin dans la prévention de la transmission de la syphilis sur 1100 hommes (5) (mais quelles étaient les conditions de réalisation de cette étude

statistique ?...). À cette époque, les préservatifs sont fait en lin, en boyau de mouton ou de porc, en vessie de poisson et sont imbibés de décoctions d'herbes astringentes (4) à visée spermicide.



Illustration n°3 :
Préservatif en boyau de mouton, 1640
(6)

À la Renaissance, avec Vésale et Fallope au XVIe siècle, et De Graaf au XVIIe siècle, sont décrits les follicules et le corps jaune.

Au XVIIe siècle, les moyens de contraception sont de plus en plus utilisés par la noblesse de la cour, les méthodes se diversifient. Elles sont abordées dans de rares textes érotiques et d'éducation sexuelle. Du XVIIe au XIXe siècles, la méthode contraceptive la plus fréquente est le retrait (masculin ou féminin) ; une autre technique citée est de ne pas atteindre l'orgasme en même temps que son partenaire... Le préservatif appelé aussi « petit linge », ou encore « redingote d'Angleterre » est utilisé en tant que contraceptif, mais son prix en empêche une utilisation courante. Des éponges vaginales imbibées d'eau de vie sont également utilisées. Avec ces moyens, la grossesse est jugée improbable... Quand elle a lieu, elle est la plupart du temps dissimulée et menée à terme (2). Au XIXe siècle, la « mode » est aussi aux douches vaginales avec de l'eau et des produits astringents (vinaigre, acide citrique...) réalisées à l'aide d'une poire ou d'une pompe (4).

Aux États-Unis, en 1839, Goodyear invente le procédé de la vulcanisation du caoutchouc, permettant le développement et la production de préservatifs masculins et féminins à bon marché. Une interprétation erronée du cycle menstruel par un médecin français, Félix Pouchet, laisse supposer que la femme est stérile en milieu de cycle... Malgré son inefficacité aujourd'hui évidente, cette méthode de continence

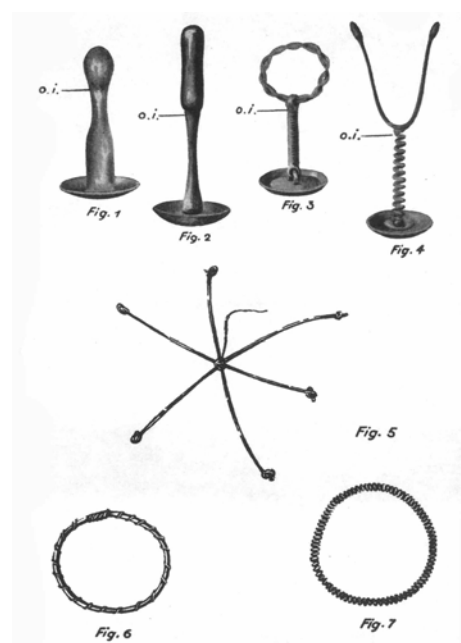
est devenue à cette période une des principales mesures de contraception aux États-Unis avec celles, plus efficaces, de l'injection de spermicides ou du retrait.

Au début du XXe siècle en Europe, alors que la méthode du retrait domine toujours, de nouvelles techniques apparaissent avec les premiers diaphragmes, les pessaires occlusifs ou des dispositifs intra-utérins (engendrant de nombreuses complications infectieuses). L'avortement, alors illégal en Europe comme aux États-Unis, est malgré tout réalisé par des « avorteurs » employant des méthodes chimiques à l'aide d'ergots de seigle ou « chirurgicales » par curetage (2).

Illustration n°4 :



Pessaires occlusifs réalisés sur mesure, en caoutchouc, celluloïd ou métal (2)



Dispositifs intra-utérins mis en place pour de longues durées, avec partie occlusive intravaginale pour les 4 premiers (2)

En 1924, l'interprétation correcte du cycle hormonal par le gynécologue japonais Ogino permet d'en déterminer la période la plus propice, ou la plus « à risque » de conception. L'autrichien Knauss, peu de temps après, confirme cette interprétation. Une méthode de contraception par abstinence en est donc déduite. Parallèlement, Adolph Butenand, chercheur allemand, isole l'estrone en 1929. En 1934, l'oestradiol

est synthétisé et la progestérone isolée. Et c'est en 1938 que l'association éthinil-oestradiol est développée. La découverte en 1942, par le chimiste Russel Marker, d'une plante mexicaine riche en progestérone naturelle permet d'envisager la production de stéroïdes de synthèse en grandes quantités, et donc le développement de la contraception orale, dite « pilule ». C'est chose faite grâce aux travaux du Pr. Gregory Pincus qui aboutissent en 1954 à la première pilule, progestative pure, et en 1955 à la première pilule oestro-progestative commercialisée aux États-Unis (7). Au cours des années 1960, le développement des matières plastiques permet la modernisation des dispositifs intra-utérins (jusqu'alors métalliques). Par la suite, ils sont fabriqués en polyéthylène, certains comportent du cuivre et plus récemment des progestatifs (8).

Aujourd'hui, les femmes disposent de divers moyens contraceptifs : contraception œstroprogestative sous différentes formes (« pilules » mono, bi ou triphasiques, patches, anneau vaginal), de progestatifs seuls (« pilules », implants sous cutanés ou injection intra-musculaire), de stérilets (cuivre ou hormonal), de moyens locaux (préservatifs masculins ou féminins, capes cervicales, diaphragmes, spermicides) ou de la stérilisation à visée contraceptive. Sans oublier les méthodes dites naturelles qui gardent leur place. Malgré cela, la maîtrise de la fécondité reste largement sujette à discussion : ainsi, selon l'INED en 2007, 15 à 20 % des naissances étaient mal planifiées ou non désirées (9).

- Premières grandes civilisations (Ancienne Égypte, Grèce antique, Monde Arabe) : description des premiers moyens contraceptifs et abortifs ; premières interprétations - erronées - du cycle hormonal.
- Moyen-Âge : notion du « péché de chair », recul des moyens contraceptifs et abortifs.
- Europe, XVe siècle : diffusion de l'utilisation du préservatif suite à l'épidémie de syphilis.
- Renaissance : description des follicules et du corps jaune (Vésale, Fallope, De Graaf).
- Siècle des Lumières : diversification des méthodes contraceptives.
- Début du XXe siècle. Europe : premiers pessaires et dispositifs intra-utérins. Europe et États-Unis : avortement – illégal - médicamenteux (ergot de seigle) et chirurgical (curetage).
- 1924 : Interprétation du cycle hormonal par Ogino et Knauss.
- 1955 : commercialisation de la première pilule œstro-progestative aux États-Unis.

1.2.2 L'aspect politique et légal de l'avortement et de la contraception au fil des siècles

Dans l'Antiquité, les couples mariés avaient déjà recours à des moyens contraceptifs ou abortifs pour limiter la répartition des biens familiaux lors de l'héritage ou pour préserver la santé des femmes. Les autres raisons mentionnées étaient les relations extraconjugales, incestueuses (2 ; 10)...

À l'époque gréco-romaine, « l'exposition » des enfants sur les places publiques (abandon) ou les infanticides sont monnaie courante. Mais avec l'expansion du Christianisme dans ces empires, au II^e siècle après J.C., l'avortement se pose comme un problème moral. Les pratiques s'opposant à la procréation (contraception, avortement), les infanticides, et les « expositions » sont interdits. Le concept « d'animation du fœtus » selon lequel l'âme du fœtus lui est insufflée le 121^e jour (lui conférant le statut de personne humaine) permet cependant de tolérer l'avortement jusqu'au 120^e jour (10).

Selon les premiers conciles, au IV^e siècle après J.C., l'avortement est puni d'excommunication, la peine la plus lourde. Mais les pénitentiels du Moyen-Âge témoignent d'une pratique de l'avortement et d'une certaine souplesse de l'Église en fonction des circonstances (jeunes filles, femmes n'ayant pas les moyens de nourrir son enfant...). Au fil des siècles, l'amalgame entre contraception et avortement perdure. L'Église rappelle régulièrement cet interdit qui, selon la bulle pontificale de Sixte Quint en 1598, est passible de la peine de mort (11).

La peine capitale est adoptée par la société civile sous Henri II qui veut s'assurer du soutien de l'Église. Par son édit de 1556, la mort est requise pour la femme ayant recours à l'avortement et pour toute personne l'y aidant. Ce n'est qu'au siècle des Lumières, sous l'influence des philosophes, que l'avortement est dissocié de l'infanticide. La peine de mort est remplacée par une condamnation à la réclusion pour l'avorteur, la femme étant généralement graciée (Code pénal de 1791). (10 ; 11)

Au début du XIX^e siècle, sous le régime impérial, le recours à l'avortement clandestin est de plus en plus fréquent, aussi bien dans les milieux bourgeois qui craignent le

déshonneur de l'illégitimité que dans les classes populaires qui substituent en partie l'avortement à l'abandon. L'amplification du phénomène, la clémence des jurys populaires lors des procès et la baisse de la natalité concomitante motivent une modification de la législation (11). L'article 317 du Code pénal de 1810 est adopté (12), condamnant l'avorteur et l'avortée à de lourdes peines de réclusion, et tout médecin ou chirurgien procurant un moyen abortif aux travaux forcés. La contraception n'est pas évoquée par cette loi.

Dans la deuxième partie du XIXe siècle, deux mouvements se développent (13) : le néo-malthusianisme, défendant la sexualité libérée du risque de grossesse ainsi que la limitation des naissances chez les indigents ; et le mouvement nataliste qui au contraire s'inquiète de la baisse de la natalité et s'insurge contre le contrôle des naissances. La droite conservatrice se dresse contre les néo-malthusiens. Ils ne trouveront aucun soutien auprès de la gauche, qui voit en leurs idées un contre sens historique (11). Bien que le mouvement nataliste soit le plus influent, le XIXe siècle est marqué en France par le recours de plus en plus fréquent à l'avortement clandestin et à la contraception.

Aux États Unis, au milieu du XIXe siècle, se lèvent les premières voix défendant les raisons sociales et économiques de la contraception, qui est déjà à cette époque considérée comme moyen de prévention des avortements. Margaret Sanger, militante féministe, met en place une campagne d'information sur la contraception. Elle fonde en 1916 le premier planning familial des États-Unis, initiative pour laquelle elle sera emprisonnée (7).

En France, au début du XXe siècle, la féministe Gabrielle Petit, dans la lignée du néo-malthusianisme, crée « La Femme Affranchie », journal dans lequel elle encourage l'utilisation des moyens de contraception et la diffusion de l'éducation sexuelle(10). Ses idées sont mal acceptées tant par les dirigeants politiques que par les représentants religieux.

Après la Première Guerre mondiale, le taux de natalité en France est faible. La priorité est de repeupler le pays. Les pratiques anticonceptionnelles qui n'étaient pas mentionnées par l'article 317 du Code pénal vont être interdites par la loi du 23 juillet

1920 (qui étend l'article 317 à la contraception). Tous les moyens contraceptifs sont retirés du marché, exception faite du préservatif en raison des maladies vénériennes (10). Les femmes n'ont plus de moyen de contrôle sur leur fécondité. En cas de grossesse non désirée, elles se tournent vers l'avortement dont les peines sont également alourdies par cette loi.

Mais la justice reste trop clémente aux yeux de l'État. Un avortement clandestin est difficile à prouver, et les jurys sont indulgents : la loi est peu appliquée. La loi du 27 mars 1923 modifie l'article 317 du Code pénal. Elle assimile l'avortement à un délit afin de dessaisir les jurys populaires de la Cour d'assises et de poursuivre les accusées devant le Tribunal correctionnel. Les magistrats s'avèrent être plus répressifs, le nombre de condamnées est multiplié par dix. En 1939, le décret-loi du 29 juillet permet de faire comparaître des femmes sur simple présomption (11). Parallèlement à cette escalade répressive, un mouvement de contrôle des naissances se développe dans les années 1930, avec comme idée directrice, la limitations des avortements clandestins par la diffusion de moyens contraceptifs. Les actions restent ponctuelles, comme celle d'Henriette Alquier qui publie en 1933 un guide de méthodes contraceptives (ce qui lui vaudra une inculpation), ou bien du Dr. Dalsace qui met en place, en 1935, les premières consultations de contrôle des naissances.

Sous le régime de Vichy, en 1942, la sanction de peine de mort réapparaît, la loi du 15 février assimilant l'avortement à un crime contre la sûreté de l'État. Marie-Louise Giraud, accusée d'avoir commis 26 avortements, est guillotinée le 30 juillet 1942. Cette loi est abrogée à la Libération et les lois de 1920 et 1923 sont à nouveau appliquées. La Seconde Guerre mondiale, suivie par le « Baby Boom », relègue ce sujet au second plan (10).

Ce sont dans les années 1950 qu'apparaissent les premiers mouvements féministes français remettant la problématique de la contraception et de l'avortement à l'ordre du jour. L'avortement clandestin est un véritable désastre, et ce d'autant plus que les femmes n'ont pas d'autre moyen pour réguler leur fertilité. Le « Mouvement pour la Maternité heureuse » voit le jour en 1956. Il s'associe au « International Planned Parenthood Federation (IPPF) », et devient en 1960 le « Mouvement Français pour

le Planning Familial (MFPF) ». Les revendications de libéralisation des pratiques contraceptives se voient manifester des oppositions, notamment celle de l'Église (Pie XII interdit toute utilisation de la « pilule » en 1958) et celle du Conseil de l'Ordre des médecins, qui déclare en 1962 que « Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels »(11). Néanmoins, elles aboutiront en 1967 au vote de la loi Neuwirth qui abolit l'article 3 de la loi de 1920 interdisant la contraception (13). Pour la première fois dans l'histoire de l'Humanité, les femmes disposent du droit et des moyens de maîtriser leur fécondité. Le slogan « un enfant si je veux quand je veux » est enfin une réalité, ou presque... car l'application concrète de cette loi impose des dispositions compliquées, comme l'autorisation écrite des parents pour les mineures (moins de 21 ans), ou l'inscription de la délivrance des contraceptifs oraux sur un carnet à souche. Cette loi ne sera appliquée qu'à partir de 1972, suite à des oppositions administratives, et il faudra encore deux lois, en 1973 et 1974, pour qu'elle devienne effective.

Les revendications continuent et le cheval de bataille devient l'avortement. La loi Neuwirth, permettant la planification des naissances par l'utilisation des moyens contraceptifs, implique le droit au refus de toute grossesse non désirée. Le 5 Avril 1971 paraît dans le Nouvel Observateur le « Manifeste des 343 salopes », pétition rédigée par Simone de Beauvoir, et signée par des femmes reconnaissant publiquement avoir avorté au moins une fois. Ainsi commence le manifeste:

« Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre... » (14).

En voulant sortir du silence, en voulant fédérer toutes celles qui ont dû subir un avortement clandestin, ces femmes s'exposent à des poursuites pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. Aucune poursuite ne sera engagée par le gouvernement Messmer alors en place.

En 1972 a lieu à Bobigny le procès de Marie-Claire, jeune fille mineure ayant clandestinement avorté suite à un viol (10). La plaidoirie de la défense, menée par l'avocate Madame Gisèle Halimi, signataire du Manifeste des 343, en fait un procès politique. De nombreuses personnalités assistent au procès, notamment Simone de Beauvoir et le Professeur Millez, médecin et fervent catholique, prenant partie pour l'accusée. Marie-Claire est relaxée, sa mère l'ayant aidé pour son avortement est condamnée à une amende avec sursis. La personne ayant pratiqué l'avortement est condamnée à un an de prison avec sursis (15). Ce jugement confirme donc que la loi de 1920 n'est plus applicable.

Le 5 février 1973 paraît dans le *Nouvel Observateur* un manifeste dans lequel 331 médecins avouent avoir pratiqué des avortements (10). Des médecins, dont le professeur Millez, dénoncent par ailleurs l'inégalité d'accès aux soins. Quand certaines femmes peuvent se permettre d'aller avorter à l'étranger, d'autres sont financièrement contraintes d'avorter clandestinement en France. La même année est créé le « Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception » (16). Ce mouvement, regroupant des associations féminines, des syndicats et des partis politiques, organise des voyages en Angleterre pour les femmes voulant avorter. Cette même année sort le film « Histoire d'A », réalisé par le Groupe d'Information Santé (financé en grande partie par le MFPPF) ; il montre le déroulement d'une IVG selon la méthode Karman (technique d'avortement par aspiration). Enfin, toujours en 1973, un médecin du MFPPF de Grenoble est inculpé pour avoir pratiqué des avortements (11).

La succession de ces événements dans les années 1970 amènent le gouvernement en place à prendre des mesures afin de légaliser l'avortement et de faciliter l'accès à la contraception.

Le projet de loi de Mme Simone Veil est adopté le 17 Janvier 1975. Cette loi (17) suspend l'article 317 du Code pénal pour une durée probatoire de 5 ans, les lois de 1920 et 1923 ne sont pas abrogées. La loi Veil autorise l'interruption volontaire de grossesse avant la 12^e semaine d'aménorrhée pour les femmes en situation de détresse. En dehors des cas prévus par la loi, l'avortement reste un délit correctionnel, passible des peines prévues par les lois antérieures.

L'IVG est médicalisée, et donc réalisée dans un établissement de santé. Le personnel

médical dispose d'une clause de conscience lui permettant de refuser de prendre part à cet acte.

Cette loi appelle à la responsabilité des femmes, celles-ci étant seules juges de leur propre état de détresse. Cet aspect de la loi ne satisfait ni les opposants qui y voient la possibilité de réaliser des avortements « de convenance », ni les défenseurs de l'IVG pour lesquels la femme est culpabilisée (11). Cela permet cependant de ne pas déterminer de critères selon lesquels un avortement serait jugé tolérable ou non.

Mais l'IVG n'est en aucun cas reconnue comme pratique « légitime ». Elle ne doit pas se substituer aux moyens contraceptifs. Un des fondements de la loi Veil est d'ailleurs la dissuasion à l'avortement, ainsi que le soulignait Simone Veil lors de l'ouverture des débats à l'Assemblée Nationale : « Si le projet qui vous est présenté tient compte d'une situation de faits existante, s'il admet la possibilité d'une interruption de grossesse, c'est pour la contrôler et autant que possible en dissuader la femme » (11). La procédure invite la patiente à réfléchir et à éventuellement revenir sur sa décision (entretien social, nécessité d'avoir deux consultations séparées par un délai de réflexion d'au moins une semaine) et impose une limitation des IVG à $\frac{1}{4}$ des activités chirurgicales d'un établissement de santé (10).

Enfin, la réalisation de statistiques concernant les interruptions volontaires de grossesse est rendue obligatoire avec l'instauration en 1976 des bulletins d'interruption de grossesse (13).

Une nouvelle loi concernant l'avortement est promulguée en 1979 (loi Pelletier), elle reprend celle de 1975 avec des modifications : le personnel soignant doit être formé à la contraception, la création de services dédiés aux IVG est rendue obligatoire dans tous les établissements publics, le délai de réflexion est raccourci à 2 jours en cas de risque de dépassement de délai, le dossier guide doit être réactualisé tous les ans et doit comporter les adresses des organismes d'aide, et le consentement de la jeune fille mineure est pris en compte en plus de celui de ses parents (10). Ces modifications sont issues du rapport Delaneau, mené en 1978 afin de déterminer l'efficacité du dispositif. Il conteste également le caractère dissuasif de l'entretien social, évoque le remboursement de l'IVG, et l'abrogation de l'autorité parentale pour les mineures. La loi Veil est reconduite définitivement, l'article 317 du Code pénal de 1810 est caduque. Il convient de noter le changement de discours du Conseil de

l'Ordre des médecins dont le président reconnaît que « la loi de 1975 a eu des aspects positifs du point de vue sanitaire et qu'un retour en arrière semble inimaginable, bien qu'une certaine dégradation de l'éthique l'inquiète » (11).

En 1982, Yvette Roudy, alors ministre des Droits de la femme, propose une loi permettant le remboursement de l'IVG à 80% par la Sécurité sociale. Cette proposition est loin de faire l'unanimité, ses détracteurs y voyant la banalisation de l'avortement. À la demande du premier ministre, Pierre Mauroy, un sondage BVA est réalisé. Les résultats indiquent que la majorité des Français est favorable au remboursement de l'IVG. Le projet de loi est adopté par les députés en seconde lecture, la loi est promulguée le 31 décembre 1982 (11).

En 1988, la mifépristone, hormone stéroïde appelée RU486 (ou encore « pilule abortive »), obtient l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Un arrêté en légalise l'utilisation le 28 décembre 1988. Mais des mouvements contre l'avortement tentent de perturber l'accès à l'IVG (10). La loi est donc complétée avec, le 27 janvier 1993, l'adoption de la loi Neiertz concernant le délit d'entrave à l'IVG (16). En mars 1998 le Tétragynon® (association d'éthinyloestradiol et de lévonorgestrel), en avril 2004 le Norlevo® (lévonorgestrel), et en mai 2009 Ellaone® (ulipristal acétate), obtiennent l'AMM en tant que contraception d'urgence.

En 1999, le rapport Nisand met en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les patientes souhaitant avorter (18) : les problèmes se situent aussi bien au niveau de l'organisation des structures d'accueil que du recrutement et de la formation du personnel, des disparités régionales quant aux méthodes employées, du délai légal qui pénalise les plus défavorisées, de la prise en charge des femmes étrangères ou mineures... Le Professeur Nisand aborde également le thème de la prévention de l'IVG, avec notamment les problèmes liés au coût de la contraception, des examens complémentaires et de la médicalisation de cette prescription, qui représentent une barrière d'accès essentiellement pour les jeunes. Le manque d'information envers les adolescents est aussi mentionné (19). Ce rapport aboutit à 25 propositions qui serviront de base aux modifications apportées par la loi du 4 juillet 2001. En 2000, la loi du 13 décembre autorise la délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale par les pharmacies et par les infirmières

scolaires (20).

Au 1er janvier 2012, le cadre légal concernant l'IVG et la contraception est défini par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 (20 ; 21) et par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (22).

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a redéfini les recommandations de prise en charge de l'IVG en mars 2001 (23).

Les modifications concernant l'IVG sont les suivantes (24 ; 25 ; 26) :

- Le terme autorisé pour accéder à l'IVG est allongé de 10 à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (SA).
- Le parcours d'accès à l'IVG est aménagé :

L'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour les mineures. L'information des parents reste un principe de règle dans la mesure où le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la patiente mineure pour qu'un titulaire de l'autorité parentale soit consulté. Si cela n'est pas possible, des conseils lui sont prodigués dans le choix d'une personne majeure référente qui l'accompagnera dans sa démarche (sans exercer sur elle aucune pression morale ni matérielle). Dans le cas où la patiente mineure est accompagnée par une personne majeure de son choix, et non par un de ses parents, le médecin est habilité par la loi à réaliser l'ensemble des actes nécessaires à l'intervention, y compris l'anesthésie. L'État prend en charge les dépenses occasionnées, garantissant ainsi une prise en charge anonyme et gratuite pour ces mineures.

La condition de résidence pour les patientes étrangères disparaît.

Une consultation en conseil familial et / ou conjugal est systématiquement proposée avant et après l'IVG, mais la consultation dite « sociale » n'est plus obligatoire pour les femmes majeures. Cet entretien préalable le reste pour les mineures, il permet de dépister des difficultés psycho-sociales. Une attestation de consultation doit leur être délivrée. Une consultation d'information sur la contraception après l'IVG doit être obligatoirement proposée à la patiente mineure.

Notons également que l'information reçue par la patiente lors de la première consultation n'est plus dissuasive, un dossier guide précisant les droits et les aides possibles lui est remis. Mais les conseils et les aides en vue de poursuivre la grossesse ne sont plus mentionnés.

Des informations concernant les modalités de l'IVG (médicamenteuse ou

chirurgicale), de l'anesthésie (locale ou générale) et du délai de réflexion sont également données à la patiente avec remise de documents écrits.

La confirmation écrite de la demande d'IVG par la patiente ne peut survenir qu'après un délai d'une semaine après la première demande, pouvant être ramené à 48 heures en cas de dépassement du délai de 12 SA. On peut cependant remarquer qu'une patiente demandeuse d'IVG étant à 10 SA moins 2 jours n'aura donc plus un délai raccourci à 48 heures mais un délai d'une semaine, ce qui est médicalement parlant discutable quant aux risques encourus (25).

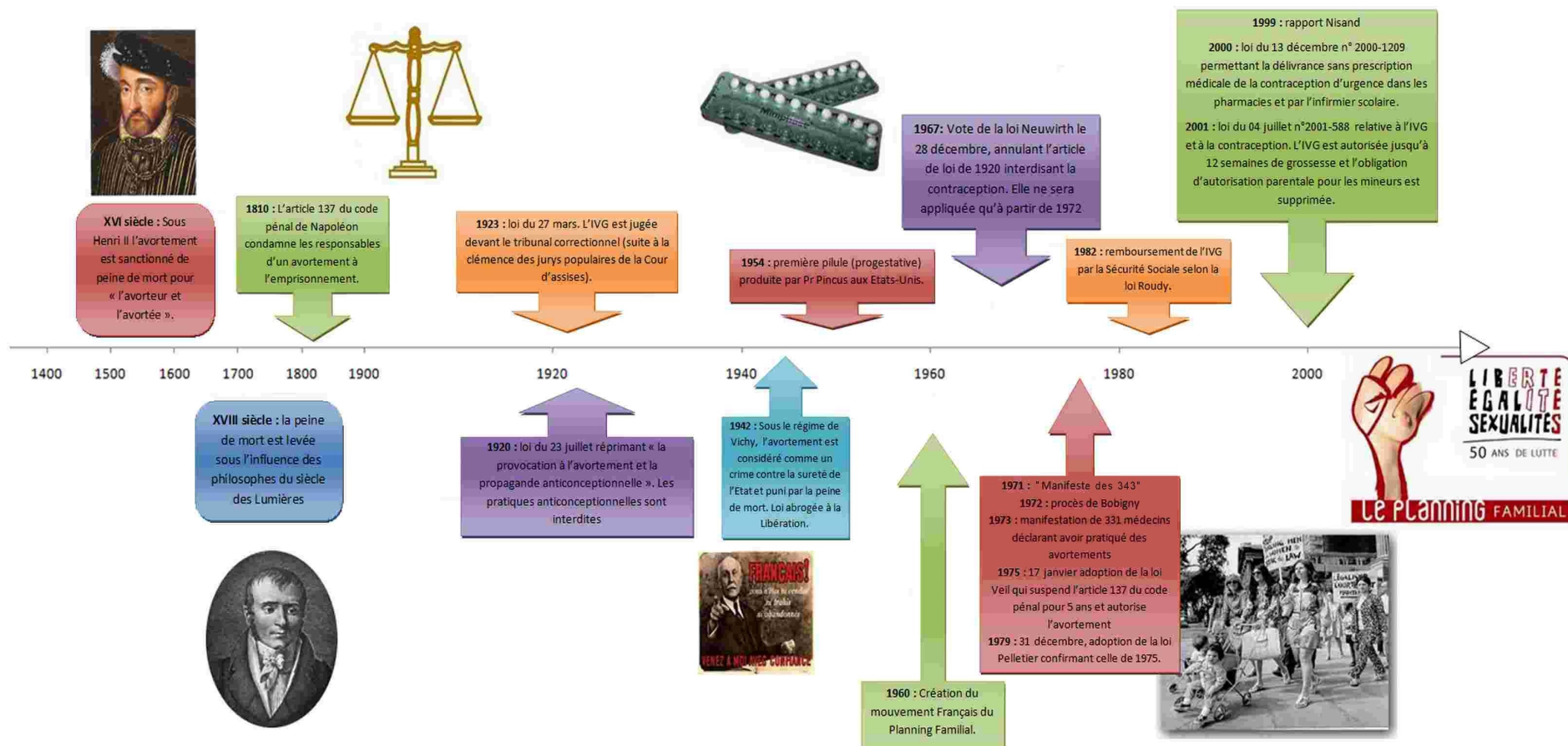
- La réalisation d'IVG médicamenteuses est autorisée en médecine de ville dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé. Seules les IVG médicamenteuses jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée peuvent être réalisées dans ce cadre, par un médecin ayant une expérience professionnelle adaptée. L'établissement de santé s'engage à accueillir si besoin la patiente à tout moment. Les recommandations de prise en charge de l'IVG médicamenteuse ont été redéfinies par l'HAS en 2010 (27).
- La mission de service public de l'hôpital est assurée par l'impossibilité pour un chef de service de l'hôpital public d'opposer son refus à la réalisation des IVG au sein de son service.
- La limitation du nombre d'IVG (au quart du total des actes chirurgicaux) réalisées par un établissement privé est supprimée, ainsi que l'interdiction de faire les consultations pré-IVG dans leurs locaux.
- L'article concernant le délit de propagande en faveur de l'IVG est abrogé. La définition du délit d'entrave à l'IVG est élargie et les sanctions concernant les agissements des mouvements « anti IVG » sont alourdies. Les peines sont renforcées concernant les personnes vendant du matériel utilisable pour réaliser des IVG à des individus n'appartenant pas au corps médical ou n'exerçant pas une profession de vente de ces dispositifs.

En ce qui concerne la contraception (20 ; 22) :

- La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineures ne sont plus soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal. L'accès à la contraception est anonyme et gratuit pour les mineurs dans les centres de planification ou d'éducation familiale.

- La loi du 13 décembre 2000 concernant la contraception d'urgence est complétée par décret en janvier 2002 : la délivrance gratuite aux mineures d'une contraception d'urgence en pharmacie est précédée d'un entretien au cours duquel le pharmacien s'assure que la patiente remplit les conditions d'utilisation de cette contraception. Il se doit de l'informer sur la contraception, les IST et lui remet de la documentation sur les centres de planification.
- Une information et une éducation à la sexualité doivent être généralisées en milieu scolaire (écoles, collèges et lycées) avec au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.
- Une information à propos de la sexualité doit également être dispensée aux personnes handicapées.
- La circulaire de février 2003 précise les modalités du dispositif de stérilisation à visée contraceptive avec les mesures de protection des personnes dont les facultés mentales sont altérées.

Les grandes dates de l'IVG et de la contraception



Page précédente : illustration n°5 : Les grandes dates de l'IVG et de la contraception (10-21)

1.2.3 Données épidémiologiques : IVG et contraception

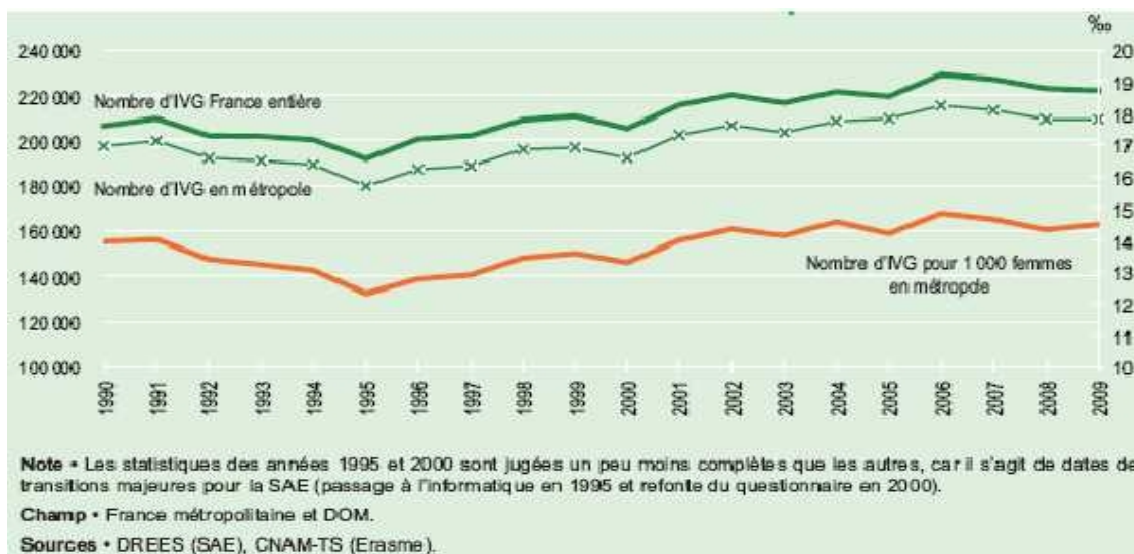
En France, l'IVG n'est pas un moyen de contraception : il reste pour 5 femmes sur 6 un recours accidentel et unique (28).

Selon Nathalie Bajos dans la publication « Populations & Société » de décembre 2004 (INED) (29), le nombre d'IVG reste à peu près stable en France autour de 200 000 par an, et ce depuis 1975. Cela correspond à un taux fluctuant autour de 14 IVG pour 1000 femmes. Ces données peuvent être complétées par le rapport de la DREES de juin 2011 (30) mentionnant une augmentation du nombre d'IVG entre 2001 et 2006 de 5%, suivie d'une baisse de 1% en 2007, de 2% en 2008, et d'une stabilisation en 2009. **222 100 IVG ont été réalisées en France en 2009** (dont 209269 en France métropolitaine), ce qui représente un taux de **14,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.**

Toujours d'après l'INED, en 2004, on estime que **40% des femmes auront recours à l'IVG dans leur vie.**

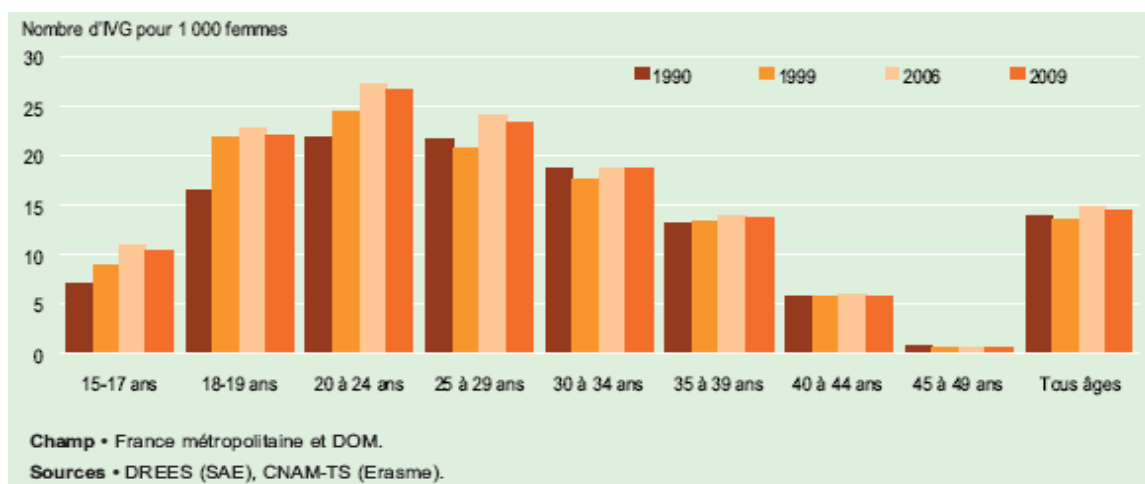
Un autre outil d'évaluation de l'évolution du recours à l'IVG est l'indice conjoncturel d'IVG (30). Il correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge et permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG qu'aurait une femme tout au long de sa vie (selon les taux actuels). Il a l'avantage d'être indépendant de la structure d'âge de la population féminine. Cet indice est évalué à 0,52 IVG par femme, il est relativement stable depuis la fin des années 1990.

Illustration n°6 : Évolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990
(30)



Ce taux d'IVG relativement stable cache un recours à l'IVG variable selon les classes d'âge. Ce sont chez **les femmes âgées de 20 à 24 ans** (période de forte fécondabilité) que le recours à l'IVG est le plus fréquent, avec un taux à 26,7 pour 1000 en 2009. Elles sont suivies par les femmes de 25 à 29 ans puis celles de 18 à 19 ans (30). Les femmes ayant le moins d'IVG sont les femmes de 40 ans et plus.

Illustration n°7 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge (30)

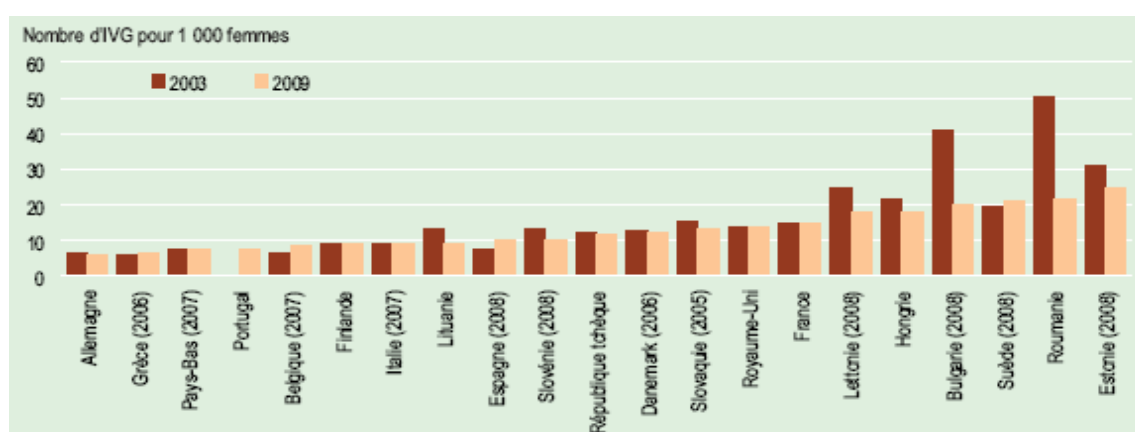


En 2002, le rapport de la DREES (31) met en évidence une augmentation importante du taux de recours à l'IVG chez les moins de 25 ans depuis le milieu des années 1990. Le phénomène est confirmé par le rapport de 2004 (32) : ainsi entre 1990 et 2004, les taux nationaux de recours à l'IVG chez les 15-17 ans sont passés de 7,0 à 10,00 pour 1000, chez les 18-19 ans de 16,4 à 22,9 pour 1000 et chez les 20-24 ans de 21,8 à 27,2 pour 1000. Selon les données de 2011 (30), les taux se stabilisent depuis 2006 pour l'ensemble des tranches d'âge (également pour les mineures).

À noter, le changement de la structure de la population féminine entre 1990 et 2004 (avec une diminution des effectifs des femmes de moins de 30 ans, au profit des plus âgées qui recourent moins à l'IVG) a joué dans le sens d'une baisse des taux d'IVG (31).

Certes les taux d'IVG en France sont relativement stables, mais à des valeurs élevées. En Europe, dans les pays où l'IVG est autorisée, les taux sont très variables (tout comme les délais de recours). Les taux les plus élevés sont observés en Europe de l'Est, et sont actuellement en cours de diminution. **Les taux français font partie des plus élevés d'Europe occidentale** (par exemple deux fois supérieur à ceux des Pays Bas) (33)

Illustration n°8 : Évolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009 (30)



Quelles sont les femmes qui choisissent de recourir à l'IVG? Les caractéristiques socio-démographiques de ces femmes ont été déterminées par l'enquête menée par la DREES en 2007 (24 ; 34). **Des femmes de tous âges et de tous milieux ont recours à l'IVG. Une femme sur deux est âgée de moins de 27 ans.** On trouve une sur-représentation de femmes étrangères, en premier lieu originaires d'Afrique subsaharienne. Moins de la moitié des femmes ayant recours à l'IVG vivent en couple (de 7% chez les mineures à 63% chez les plus de 30 ans). Elles ont moins souvent une activité professionnelle que l'ensemble des femmes du même âge, et les femmes bénéficiant de la couverture maladie universelle (de base ou complémentaire) sont sur-représentées. Ces données doivent être cependant maniées avec précaution : **l'origine sociale, la culture ou l'éducation ne sont pas des éléments qui déterminent d'eux même un recours plus important à l'IVG, mais qui, par des difficultés financières, des difficultés d'accès à l'information ou aux mesures préventives, contribuent à accentuer le phénomène (35).**

Quelles sont celles qui ont recours de façon itérative à l'IVG? Ces femmes sont peu nombreuses. Pourtant, il convient de mentionner une classe de femmes dites « à risque » : **les jeunes de moins de 20 ans, ayant déjà subi un avortement, sont plus à même de recourir de manière répétitive de l'IVG (19).** De façon générale, il a été montré que les femmes ayant des IVG itératives sont plus jeunes et ont un nombre plus élevé d'enfants que les « femmes témoins » au moment de leur premier avortement. Elles vivent souvent dans des conditions socio-économiques difficiles, et leur couple est rarement stable (36).

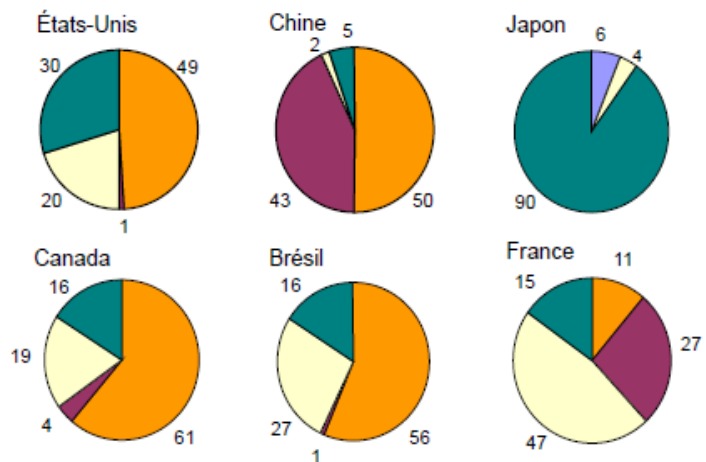
Les taux élevés d'IVG en France traduisent-ils des difficultés de recours aux moyens contraceptifs? La couverture contraceptive dans notre pays est très développée (29) : **moins de 5% des femmes qui ont une activité sexuelle n'utilisent pas de moyen contraceptif alors qu'elles ne désirent pas avoir d'enfant (37).**

Selon l'Inspection générale des affaires sociales, les méthodes médicales de contraception (ici contraception orale et stérilet) représentent plus de 80% de la couverture contraceptive en France, ce qui place ce pays au premier rang mondial. Le graphique suivant, dont les chiffres diffèrent peu, est établi d'après les statistiques de l'Organisation des Nations Unies (37) : **illustration n°9.**

Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr



En France, la légalisation des moyens médicaux de contraception par la loi Neuwirth a marqué le début de leur large diffusion : en 1978, 37% des femmes de 20 à 44 ans avaient recours à la pilule ou au stérilet, contre 63% en 2000. Ce processus a été interrompu dans les années 1980 avec l'apparition de l'épidémie du sida, suivie de campagnes de prévention incitant à l'usage du préservatif. Dans les années 1990, le préservatif a supplanté la pilule comme contraception lors du premier rapport. Cela n'a pas empêché la diffusion en parallèle de la contraception orale, expliquée par le recul des méthodes traditionnelles et par l'augmentation de l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant. Le recours au stérilet, prescrit essentiellement aux femmes ayant accompli leur projet parental, a également été retardé suite au décalage des premières naissances (38).

Selon les données du baromètre Santé 2005 de l'INPES (39), **la contraception orale, ou « pilule », est la méthode contraceptive la plus utilisée en France** (59% des femmes utilisant un moyen contraceptif, entre 15 et 49 ans). Le graphique ci-dessus permet de remarquer que la France n'a pas d'équivalent à ce sujet parmi les pays à niveau comparable de développement. Le recours à la contraception orale est maximal chez les 20-24 ans qui sont 88% à l'utiliser, et son usage décline dans les tranches d'âge supérieures au profit du stérilet. L'utilisation du stérilet, second moyen contraceptif, est la plus fréquente chez les femmes de 35 à 49 ans qui sont 38% à y avoir recours. Les autres méthodes médicales (implant, patch, anneau), d'apparition plus récente, sont peu utilisées (1,3% des femmes de 15 à 49 ans). Il en est de même pour la stérilisation tubaire (2% des femmes de 15 à 49 ans, dont

aucune avant 25 ans) qui pourtant est, au monde, le moyen de contraception le plus répandu. Notons que, selon la loi du 4 Juillet 2001, la stérilisation tubaire ne peut être pratiquée « *que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée, en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* » ; « *elle ne peut être pratiquée sur une personne mineure* » (21).

Les méthodes non médicamenteuses, dites « liées à l'acte », concernent environ 14% des femmes (39), la principale étant le préservatif. Son usage concerne en priorité les jeunes (21% des femmes de 15 à 19 ans). Les autres méthodes, mécaniques (cape cervicale, diaphragme, spermicide, préservatif féminin) ou traditionnelles (calendrier ou « coitus interruptus ») sont très peu utilisées, et le sont surtout chez les femmes des classes d'âge supérieures.

Tableau n°1 : Principales méthodes contraceptives utilisées par tranches d'âge en 2005, en pourcentage (37)

Age	Pilule	Stérilet	Préservatif masculin	Stérilisation tubaire	Implant, patch, anneau	Autres méthodes
15-19 ans	78,10	0,00	20,90	0,00	0,80	0,20
20-24 ans	87,70	1,10	9,60	0,00	1,10	0,50
25-34 ans	67,00	16,90	11,50	0,20	1,80	2,60
35-49 ans	43,30	38,20	10,60	3,90	1,10	2,90
Total	58,70	24,20	11,50	2,00	1,30	1,30

Source : Baromètre Santé 2005 ; Champ : France métropolitaine

La contraception en France répond encore aujourd'hui, malgré la diversité des moyens contraceptifs à disposition, à un modèle de « **norme contraceptive** » : le début de la vie sexuelle est marqué par l'utilisation du préservatif et/ou de la pilule, la pilule seule étant adoptée ensuite quand la relation se stabilise. Quand la famille est considérée « au complet », le relais contraceptif est pris par le stérilet (40).

La contraception d'urgence est une solution de « rattrapage », un moyen de prévention secondaire lorsqu'un risque a été pris. Elle existe sous deux formes. La plus connue est la « pilule du lendemain » (1,5 mg de lévonorgestrel ou 30mg d'ulipristal acétate) qui, prise dans les 72 heures (pour la première) ou dans les 120 heures (pour la seconde) suivant le rapport à risque, empêche la nidification de

l'embryon, avec une efficacité d'autant meilleure que la prise est précoce. La deuxième méthode, peu utilisée mais très efficace, consiste en la pose d'un dispositif intra-utérin jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation.

La contraception d'urgence par la méthode dite « pilule du lendemain » a connu une large diffusion depuis l'an 2000 : de 8% des femmes de 15 à 54 ans qui l'avaient utilisée dans leur vie en 2000, ce chiffre est passé à 13,7% en 2005 (39). Cette augmentation est plus marquée chez les jeunes ; près d'un tiers des 15-24 ans ont déclaré en 2005 avoir eu recours à cette méthode au moins une fois. Cela peut s'expliquer par sa facilité de recours : la pilule du lendemain est d'accès libre en pharmacie, remboursée sur prescription médicale et disponible gratuitement et anonymement pour les mineures. Elle est également distribuée par les infirmières scolaires.

Les craintes de voir la contraception d'urgence se substituer à la contraception régulière ont été dissipées. Plus de 2 femmes sur 3 n'y ont eu recours qu'une fois, et 85% des cas les femmes ont recours à une contraception régulière dans le mois suivant la prise d'une contraception d'urgence. (37)

Cependant, bien que ce mode de contraception « de rattrapage » remplisse son rôle initial, **l'espoir de voir avec sa diffusion une diminution du recours à l'IVG a été déçu**, l'ampleur de son utilisation étant sans commune mesure avec l'importance des prises de risque de grossesses non désirées (24 millions de rapports sexuels à risque contre 1,2 millions de boîtes vendues en 2006 (37)).

- ➔ En France, le taux d'IVG est globalement stable depuis 1975 pour les femmes de 15 à 49 ans, fluctuant entre 14 et 15 pour 1000. Pour 5 femmes sur 6, le recours est unique. Les 20-24 ans représentent la classe d'âges où le taux est le plus élevé (26,7 pour 1000 en 2009). Depuis le milieu des années 1990, le recours à l'IVG a fortement augmenté pour les moins de 25 ans, mais il s'est stabilisé depuis 2006.
- ➔ L'IVG concerne des femmes de tous âges et de tous milieux. Les moins de 20 ans ayant déjà subi une IVG sont plus à risque d'IVG itératives.
- ➔ La couverture contraceptive en France est très élevée. La méthode contraceptive la plus utilisée est la contraception orale (« pilule »), suivie du stérilet. Ces deux moyens représentent 80% de la contraception en France (notion de « norme contraceptive »), ce qui la place au premier rang mondial des moyens contraceptifs médicamenteux.
- ➔ La contraception d'urgence a connu une large diffusion depuis 2000, sans que cela influe sur les taux de recours à l'IVG.

1.2.4 Recours à l'IVG

1.2.4.1 Difficultés liées à la contraception

La France est donc dans une situation paradoxale où, d'une part, la couverture contraceptive est très développée, et où, d'autre part, le recours à l'IVG est stabilisé à des taux élevés. L'âge moyen au premier rapport sexuel n'ayant que légèrement diminué depuis les années 70, la fréquence des rapports étant stable et la proportion de femmes sans enfant également, les femmes ne sont pas plus exposées au risque de grossesse aujourd'hui (29).

1.2.4.1.1 Gestion de la contraception

Cette situation s'explique en partie par des **difficultés de gestion de la contraception** au quotidien. Selon l'INPES (41), **plus de la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG utilisaient un moyen de contraception théoriquement efficace au moment de la conception.**

Parmi elles, en 2004, une sur deux avait changé de moyen contraceptif dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG. Les périodes de **transition contraceptive** sont donc particulièrement à risque.

La **mauvaise observance** est également pointée du doigt par l'INPES : plus d'une femme sur cinq utilisant la pilule comme contraceptif, tous âges confondus, déclare l'oublier au moins une fois par mois (40). **La norme contraceptive usuelle dans notre pays conduit à l'utilisation de moyens de contraception qui ne sont pas adaptés aux patientes**, à leurs conditions de vie sociale, affective ou sexuelle (24). Les témoignages recueillis par l'équipe Giné sont éloquentes : les oublis de prise de pilule arrivent souvent à des femmes ayant des relations occasionnelles, un rythme de vie irrégulier ou une relation cachée (40). Le stérilet (ne posant pas de problème d'oubli) est un très bon contraceptif pour les femmes qui ne sont pas à risque d'infection sexuellement transmissible (IST) pouvant être à l'origine de maladies inflammatoires pelviennes. Il s'agit donc de femmes à partenaire stable, qu'elles aient eu des enfants ou non. Il est pourtant peu proposé aux nullipares qui seraient donc

considérées comme plus à risque d'IST (42) ? **La médicalisation de la prescription des moyens contraceptifs** a conduit à donner la priorité aux méthodes théoriquement les plus efficaces sans tenir compte des attentes et du mode de vie des patientes. Ne s'impliquant pas dans le choix de sa méthode contraceptive, comment une femme peut-elle être strictement observante ? (43)

Les problèmes de gestion de contraception sont aussi liés à des **fausses croyances et à un défaut d'information** à ce sujet et à propos du cycle féminin. Ainsi 53% des français pensent qu'un rapport sexuel ayant lieu pendant les règles ne peut pas être fécondant, et 64% que la simple observation du cycle permet d'identifier des jours absolument sans risque de fécondation. À propos de la contraception, 10% des 15-20 ans n'ont pas conscience que la pilule ne protège pas des IST. 22% des français pensent que la pilule peut rendre stérile et 24% qu'elle fait systématiquement grossir. Pour un français sur deux, il faut déjà avoir eu un enfant pour pouvoir avoir un stérilet. En ce qui concerne la contraception d'urgence, plus du tiers des personnes déclarant la connaître pense qu'elle ne concerne que les femmes de moins de 25 ans, et seulement 11,7% des femmes de 15 à 54 ans connaissent le délai de 72 heures pour la prendre. (41) Quant à son utilisation, bien qu'elle soit de plus en plus fréquente, nous avons vu précédemment qu'elle est insuffisante par rapport au nombre de rapports non protégés pour avoir une incidence sur le nombre d'IVG.

1.2.4.1.2 Absence de contraception

28% des femmes, soit quasiment un tiers, n'utilisaient aucun moyen de contraception au moment où est survenue la grossesse donnant lieu à une IVG (29). Quelles difficultés d'accès à la contraception ont-elles pu rencontrer ? Comment cela peut-il s'expliquer, dans un pays avec une couverture contraceptive si élevée ?

Pour certaines femmes, le rapport sexuel n'était pas prévu, et elles n'avaient donc pas à disposition de moyen de contraception adapté à une sexualité occasionnelle. Certaines avaient arrêté leur contraceptif qui était mal toléré (effets secondaires ou moyen inadapté au mode de vie), sans qu'un relais soit pris. Il s'agit toujours dans ces cas de **problèmes liés à la norme contraceptive**.

D'autres femmes n'étaient simplement **pas conscientes de la nécessité d'utiliser un moyen de contraception, par manque d'information** (42). Ce déficit d'accès à l'information concerne des populations ciblées. Les adolescents, en particulier, ont parfois au mieux une information scolaire lors des cours de biologie, le sujet étant tabou auprès de leurs parents et/ou abordé avec de nombreuses lacunes entre pairs (43). On peut citer l'exemple (obtenu par l'enquête de l'équipe Giné (40)) d'une jeune femme utilisant scrupuleusement un préservatif le 14ème jour de son cycle uniquement, pensant qu'il s'agissait du seul jour à risque. Un autre groupe de population à risques est celui des femmes en situation de précarité, et qui connaissent de telles difficultés sociales et financières que l'accès à l'information concernant la contraception n'est pour elles pas une priorité (44).

À cela s'ajoutent des **difficultés d'accès aux centres de planification et d'éducation familiale**, parfois par manque d'informations concernant ces structures, mais aussi à cause de l'isolement géographique des zones rurales.

Il ne faut également pas oublier les femmes victimes d'une **non acceptation sociale et familiale de leur sexualité** qui aboutit souvent à un défaut d'information et à des difficultés majeures de recours aux moyens contraceptifs (40;46). Dans ces circonstances, même si la contraception est accessible pour une jeune fille, elle ne l'utilisera parfois pas de peur d'être découverte par son entourage (45). C'est également pour ces patientes, mineures ou dépendant encore de la sécurité sociale de leurs parents, que l'absence d'anonymat (hors centres de planification familiale) est un obstacle majeur à l'accessibilité à la contraception.

D'autres femmes sont sous la domination de leur partenaire refusant d'utiliser un préservatif ou de pratiquer le retrait. Le problème est alors celui de la **représentation sociale de la sexualité**, reposant sur le postulat de la différence biologique des besoins sexuels entre hommes et femmes : 73% des femmes et 59% des hommes pensent que « par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes » (46), ce qui n'est pas sans conséquence sur l'acceptation de rapports sexuels non souhaités et non protégés.

La prise d'une contraception dite médicale (contraception orale, dispositif intra-utérin, implant...) sous-entend la nécessité d'une consultation médicale. **Outre le problème du contact avec le milieu médical parfois redouté par les patientes, se pose celui essentiel du coût** : la consultation de prescription, de suivi, de pose de stérilet et une grande partie des contraceptions orales sont remboursées à 65% par la sécurité sociale. Les stérilets sont aussi remboursés à 65%, mais sur une base forfaitaire souvent inférieure au tarif réel. Certes les moyens contraceptifs sont disponibles gratuitement pour les mineures et les femmes sans couverture sociale dans les centres de planification familiale, mais encore faut-il qu'elles le sachent. Le reste à charge est important pour nombre de femmes ayant des revenus ne leur permettant pas de bénéficier de ces consultations (28 ; 43).

1.2.4.2 Grossesses non prévues : autres déterminants

Il serait simpliste d'opposer strictement contraception et avortement. Toutes les grossesses aboutissant à une IVG ne résultent pas de difficultés liées à la contraception. Il a ainsi été démontré en 1992 que si l'on augmentait la prévalence de la contraception de 50 %, on ne diminuerait que de 32% le nombre d'IVG (28 ; 47). Au delà de la problématique contraceptive existe une dimension psychologique majeure.

L'IVG reste l'expression d'une ambivalence face au désir de grossesse et au désir d'enfant. Cette ambivalence est souvent associée à un choix de méthode contraceptive d'efficacité relative ou à une moins bonne observance thérapeutique (28).

Les circonstances de survenue de grossesses non désirées dans ce contexte sont multiples. Il peut s'agir par exemple d'une solution consciemment envisagée ou non pour répondre au désir d'une femme de négocier son indépendance au sein du couple : la décision de recourir à l'IVG, selon elle, lui revient à elle seule. C'est aussi parfois l'occasion de précipiter la rupture d'une relation insatisfaisante. Une grossesse non prévue peut, au contraire, permettre de se conformer à un modèle social, en « officialisant » un couple ou bien en palliant un défaut d'investissement professionnel. Les femmes ayant déjà accompli leur projet parental y verront le

moyen de se rassurer à propos de leur fertilité. Cela peut être également un acte manqué, correspondant à « une pulsion de vie » dans un contexte de crise grave, de deuil ou de séparation. Une grossesse est parfois un appel au secours, une solution pour échapper à la solitude (48), pour combler un sentiment de vide, de manque. On retrouve aussi cet aspect de la grossesse non prévue chez les adolescentes.

L'aspect psychologique des grossesses non prévues est particulier chez les adolescentes. L'adolescence est une période de changement (physique, psychique), de découverte et d'expérimentation, avec une influence importante de l'environnement (49). Mentionnons d'abord celles pour qui la grossesse est tout simplement impossible : leurs paroles (« je suis trop jeune, ça ne peut pas m'arriver à moi ») illustrent le déni entre sexualité et grossesse, déni expliquant alors l'absence ou la mauvaise utilisation d'une méthode contraceptive (50). D'autres jeunes filles voient en une grossesse la possibilité d'acquérir un statut social (51), de s'affranchir de la tutelle parentale (passer du statut d'enfant à celui de parent) ou de faire le deuil de leur enfance. La grossesse joue également pour certaines adolescentes un rôle de réassurance de leur identité sexuelle en apportant une réponse aux doutes quant à leur féminité et leur fertilité, sans pour autant qu'existe un désir d'enfant.

Notons que ce désir d'enfant est bel et bien réel pour certaines adolescentes en couple, l'équipe Giné en cite un exemple (40) : la grossesse est alors présentée comme accidentelle pour la faire accepter à l'entourage. La généralisation de la contraception, initialement libératrice, fait qu'aujourd'hui une adolescente enceinte est jugée responsable de ne pas avoir su gérer sa contraception. Il y a peu de place pour le désir de grossesse et d'enfant chez les adolescentes dans le monde actuel (52).

1.2.4.3 Choix de l'IVG

Le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue est en augmentation pour les adolescentes (53) comme pour l'ensemble des femmes concernées : de façon globale, 40% des grossesses non prévues étaient interrompues en 1975 contre plus de 60% en 2010 (45).

Quels sont les facteurs déterminant le choix de recourir à l'IVG ?

À la norme contraceptive précédemment exposée répond une « **norme procréative** » : avec l'allongement des études et l'essor des carrières professionnelles, les femmes sont contraintes à avoir un enfant ni trop tôt ni trop tard, alors que leur période de fertilité peut s'étendre sur une trentaine d'années. L'âge moyen au premier rapport sexuel restant stable et celui de la première grossesse augmentant, il est nécessaire de maintenir une contraception efficace avant le premier enfant plus longtemps. Les femmes sont sensées pouvoir réguler à la fois le nombre et le moment de leur(s) maternité(s) (40 ; 41). Cette évolution de la norme procréative, avec un refus de plus en plus fréquent des grossesses non prévues et un report de l'âge au premier enfant vers des âges plus élevés, pourrait expliquer l'augmentation des taux de recours à l'IVG ces dernières années chez les moins de 25 ans.

Parmi les raisons suffisantes évoquées pour recourir à l'IVG figurent **les difficultés matérielles et financières** : une instabilité financière ou un logement exigu ne répondant pas aux exigences de bonnes conditions d'accueil pour un enfant font partie des principales causes de demandes d'IVG (28). Toutefois le **contexte affectif et personnel** est tout aussi déterminant (54). Le désir d'enfant, que l'on pourrait croire être au cœur de la prise de décision, joue en réalité un rôle secondaire : une IVG peut rendre compte de l'impossibilité de concrétiser un désir d'enfant présent de façon « diffuse » avant le début de la grossesse non prévue ; au contraire la survenue d'une grossesse non prévue peut faire survenir un désir d'enfant (notion « d'enfant cadeau », du « petit dernier »). **L'existence ou non de désir d'enfant ne saurait préjuger de la décision finale de poursuivre ou non la grossesse** (54).

Selon l'INED en 2004 (29), pour les moins de 25 ans, l'engagement scolaire est l'argument déterminant avancé pour le recours à l'IVG. Une maternité trop précoce est considérée comme un frein au déroulement de la scolarité et à l'insertion professionnelle féminine qui tient une place de plus en plus importante dans notre société. D'après l'étude de Delotte *et al.* à propos des motivations des demandes d'IVG par les mineures au CHU de Nice (55), le principal motif de demande est le jeune âge (45% des patientes). Si on le cumule à celui de la poursuite des études,

on obtient 76% des demandes. Le début de la grossesse correspond donc à une prise de conscience de la part de ces jeunes filles de leur statut social d'adolescente et le recours à l'IVG répond à la nécessité de se conformer au modèle social existant.

En ce qui concerne les 25-34 ans, le contexte affectif et relationnel prédomine dans la décision de mener ou non la grossesse à terme (29). Les femmes accordent une importance primordiale à l'existence d'un couple construit et stable pour envisager la survenue d'un enfant : ainsi, selon l'équipe Giné (54), la notion d'une relation éphémère, d'un couple « débutant » ou « à problèmes » sont des motifs très souvent évoqués dans la décision de recourir à l'IVG.

Pour les femmes ayant 35 ans et plus, la trajectoire professionnelle et le contexte affectif sont déterminants à parts égales (29). Interrompre une grossesse imprévue est parfois la seule solution pour qu'une femme poursuive son activité professionnelle et ne se voie pas ainsi « réduite » à son identité de mère : des femmes ayant une activité professionnelle et déjà mères d'un ou plusieurs enfants ont un emploi du temps délicat ne laissant pas de place à un enfant supplémentaire. D'autres femmes, sans enfant, sont à une étape de leur parcours personnel et professionnel ne laissant pas de place à la maternité (54).

L'enfant d'aujourd'hui doit être « programmé » dans un contexte affectif stable et au bon moment de la trajectoire professionnelle du couple. Si le contexte relationnel semble être l'argument le plus pertinent, la prise de décision de poursuivre ou non une grossesse non prévue se construit dans un faisceau complexe de raisons multiples. Elle résulte des moments du cycle de vie, des contraintes matérielles et professionnelles, d'une organisation familiale... (29 ; 54) **Il convient plus d'évoquer des situations à risque que des femmes à risque d'IVG.**

→ La France est dans une situation paradoxale où, malgré une large couverture contraceptive, le recours à l'IVG est stabilisé à des taux élevés. Trois éléments principaux expliquent la survenue de grossesses non désirées.

- Difficultés de gestion de la contraception : la « norme contraceptive » conduit à l'utilisation de moyens contraceptifs mal adaptés au mode de vie de certaines femmes dont l'observance est médiocre. Le défaut d'information et les fausses croyances sont aussi à l'origine d'une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives.
- Difficultés d'accès à la contraception : par manque d'information, certaines femmes ne sont pas conscientes de leur besoin d'un moyen contraceptif. D'autres sont confrontées au problème du coût de la contraception, ou à celui de l'accès aux prescripteurs. La non acceptation sociale ou familiale de la sexualité explique également l'absence de recours à une méthode contraceptive.
- L'ambivalence du désir de grossesse et du désir d'enfant (dont les facteurs psychologiques sont multiples) va de pair avec une moins bonne observance dans l'utilisation d'un contraceptif.

→ Choix du recours à l'IVG : en 2010, 60% des grossesses non désirées aboutissent à une IVG. Le modèle social a engendré une norme procréative selon laquelle un enfant doit être « programmé » dans un contexte affectif et professionnel stable. Il n'y a pas vraiment de « femmes à risque d'IVG », mais des situations à risque d'IVG.

1.2.5 Conditions de prise en charge des IVG

Les conditions de prise en charge de l'IVG avant la loi du 4 juillet 2001 ont été étudiées par l'enquête Cocon (56), menée entre septembre 2000 et janvier 2001 auprès de 320 femmes ayant eu une IVG entre 1996 et 2000. Les points essentiels qui en ressortaient étaient que les femmes n'étaient pas suffisamment impliquées dans le choix de la méthode (une femme sur deux a opéré un choix pour l'IVG médicamenteuse et une sur cinq pour l'IVG chirurgicale) ni du type d'anesthésie (moins d'une femme sur cinq), dans le secteur privé comme dans le secteur public. L'ensemble des femmes déclarait ne pas s'être senti assez soutenu par l'équipe soignante et encore moins par l'équipe médicale. Des différences entre le secteur public et le secteur privé ont été mis en évidence quant à la prise en charge et au déroulement de l'intervention : l'accès était plus facile dans le privé, les entretiens pré et post IVG plus souvent réalisés dans le public (l'entretien pré IVG n'était pas autorisé au sein d'une structure privée). Le recours à l'anesthésie générale était plus fréquent dans le privé. L'IVG médicamenteuse représentait 1 IVG sur 5 pour les deux secteurs.

La loi du 4 juillet 2001 a modifié le parcours d'accès à l'IVG, tel que nous l'avons détaillé précédemment.

Comment a évolué concrètement la prise en charge des IVG depuis ces changements ? Une étude a été menée par la DREES en 2007 auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG (24 ; 57). Les difficultés persistantes dans l'accès à l'IVG et les inégalités sur le territoire ont été relevées dans le rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale en octobre 2008 au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (58). Ce sujet est également traité dans le rapport de 2009 de l'IGAS (59 ; 60).

L'augmentation du délai n'a pas conduit les femmes à retarder leur décision de recourir à l'IVG, avec une gestation lors de l'IVG en moyenne un peu supérieure à 6 semaines de grossesse, et ce depuis 1990 (24). Les IVG dites tardives (entre 10 et 12 semaines de grossesse) ne représentent que 3% des IVG. Elles ne sont pas prises en charge par tous les établissements, un sur dix réorientant ces patientes

vers une autre structure (57).

Le délai moyen de prise en charge des patientes a diminué : de 9 jours en 2003, il est passé à une semaine en 2006, avec cependant d'importantes disparités en fonction des établissements (59). L'offre de soins est de plus en plus concentrée, avec un arrêt de l'activité d'orthogénie par de « petites » structures (moins de 250 IVG par an) ramenant le nombre de 729 établissements réalisant des IVG en 2000 à 639 en 2006. Ce changement n'est pas forcément un inconvénient si cela se fait au bénéfice d'une meilleure organisation de « grands » centres, favorisant par ailleurs l'impression d'anonymat pour les patientes (24).

La dérogation de l'autorisation parentale a permis de prendre en charge des mineures en situation délicate. On relève pourtant des dysfonctionnements à leur sujet, avec parfois un non respect de l'anonymat, de la règle de la gratuité, le refus de la prise en charge par l'anesthésiste par manque de l'autorisation parentale. La confidentialité est parfois difficile à maintenir, notamment pour les IVG médicamenteuses en raison de la durée du processus avec parfois la nécessité d'hospitalisation (60).

L'IVG médicamenteuse s'est répandue, elle représente 49% du total des IVG en 2007 (24). Depuis son autorisation en médecine de ville, elle se reporte progressivement des hôpitaux vers les cabinets libéraux. De façon générale (en ville et en établissement), les variations du recours à l'IVG médicamenteuse sont majeures en fonction des régions (30% en Aquitaine et 80% en Alsace) et des structures (0 à 94%...). Ces écarts de chiffres ne peuvent être expliqués par les choix des femmes, et relèvent des installations et des choix organisationnels des établissements (prenant aussi en compte la formation des équipes pratiquant les IVG) (24,60).

Depuis l'élargissement en 2004 de la prise en charge des IVG en médecine de ville, la pratique libérale reste marginale (9% du total des IVG), avec une répartition très inégale sur le territoire : 50% des IVG médicamenteuses en ville sont groupées en Ile-de-France, PACA et Haute Normandie, zones de forte demande. La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est en majorité assurée par des praticiens exerçant aussi cette activité au sein d'établissements de santé, ce qui relativise

l'implication du secteur libéral. Le risque sous-jacent est alors que la patiente ne recoure à l'IVG médicamenteuse en ville non par choix, mais en fonction de l'emploi du temps et de la charge de travail du médecin (61).

La patiente a donc toujours peu son mot à dire sur la méthode employée (médicamenteuse ou chirurgicale), bien que son choix soit primordial dans le vécu de l'IVG : chaque méthode a des caractéristiques très différentes, chaque femme est la seule à pouvoir assumer ce choix sous réserve d'une information claire et complète. Une femme sur dix n'a pas été consultée sur la méthode (et une sur cinq a laissé le médecin faire au mieux) (34).

La douleur physique et le vécu de l'IVG sont peu pris en compte dans les évaluations de prise en charge (60). L'accompagnement psychologique est rarement proposé, bien qu'un temps de parole et d'écoute soit parfois nécessaire : pour les patientes majeures, seulement 33% des établissements proposent un entretien pré IVG et 16% un entretien post IVG (24).

L'orthogénie est une activité peu reconnue, financièrement et professionnellement. Malgré les revalorisations de l'acte en 2008 et 2009, elle reste déficitaire pour les établissements, ce qui explique en partie l'augmentation de la part des IVG prise en charge par le secteur public (de 60% en 1990 à 75% en 2007) (24). Professionnellement, cette activité est peu valorisée. Considérée par certains comme non prioritaire, pratiquée dans des conditions d'exercice parfois médiocres (60), elle offre peu de progression de carrière (59). Le problème se situe également lors des études médicales qui forment peu les internes à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'une IVG. Il faut aussi prendre en compte la clause de conscience que tout médecin peut à juste titre opposer à la pratique de l'IVG. Les ressources humaines sont donc difficiles à mobiliser, et la relève des praticiens dits « militants » qui ont connu la période des avortements clandestins va être délicate (58 ; 59).

- Depuis 1990, l'âge moyen de gestation lors de l'IVG est stable à un peu plus de 6 semaines de grossesse (sans modification depuis 2001).
- Le délai de prise de charge est en moyenne d'une semaine en 2006, avec de grandes disparités entre les établissements.
- Des dysfonctionnements persistent dans la prise en charge des mineures sans autorisation parentale : non respect de la confidentialité, de la gratuité, refus de l'anesthésie...
- En 2007, 49% des IVG sont des IVG médicamenteuses, avec cependant des variations majeures selon les régions et les structures.
- La pratique de l'IVG médicamenteuse « en ville » reste marginale et de répartition très inégale sur le territoire.
- Une femme sur dix n'est pas consultée à propos de la méthode employée, la douleur physique et le vécu de l'IVG sont peu pris en compte dans les évaluations de prise en charge. L'accompagnement psychologique est peu proposé.
- La formation des jeunes médecins est insuffisante, et l'orthogénie est peu valorisée professionnellement et financièrement.

1.2.6 L'IVG en Lorraine

Le recours à l'IVG en France varie du simple au double en fonction des régions, avec les taux les plus élevés de métropole en Languedoc-Roussillon, Ile-de-France, Corse et PACA avec des taux proches de 20 IVG pour 1000 femmes.

L'IVG en Lorraine est moins fréquente qu'au niveau national, avec des taux de 12,3 et 12,2 pour 1000 femmes en 2008 et 2009, versus 14,5 pour 1000 en France métropolitaine (30). **Depuis 2002, le nombre d'IVG pour les 15-49 ans (qui était jusqu'alors en augmentation) tend à se stabiliser** (environ 6540 en 2002 et 6579 en 2009). Par contre, **les taux de recours sont en hausse pour les moins de 20 ans, avec une augmentation plus nette pour les 18-19 ans** (de 16,9 pour 1000 en 2002 à 20,4 pour 1000 en 2006). Comme pour l'ensemble des régions françaises, les femmes âgées de 18 à 30 ans sont les plus concernées par le recours à l'IVG, le taux maximal étant pour la tranche d'âge des 20-24 ans (21,9 IVG pour 1000 femmes contre 11,7 pour 1000 femmes en moyenne en 2006).

C'est en Meurthe et Moselle que le recours à l'IVG est le plus fréquent en Lorraine, mais il faut prendre en compte le fait que la maternité régionale attire des femmes venant d'autres départements (10% des IVG des Meusiennes et 6% des IVG des Mosellanes), voire d'autres régions. Les établissements vosgiens accueillent également des patientes de régions limitrophes (Alsace et Franche-Comté).

Les chiffres sont proches des données nationales en ce qui concerne les techniques employées : les IVG médicamenteuses représentent 45% de l'ensemble des IVG, avec d'importantes disparités en fonction des territoires et des établissements. La pratique de l'IVG en ville s'est peu développée, avec seulement 5 médecins qui avaient signé des conventions (avec 2 établissements) en 2006.

Les IVG tardives sont pratiquées dans des proportions conformes au niveau national (4% des IVG sont pratiquées après la 10e semaine de grossesse). (62)

2 État des lieux à Remiremont et dans les communes environnantes

2.1 Objectifs

L'objectif principal de ce travail était de décrire la situation du recours à l'IVG dans la vallée de la Haute Moselle, à Remiremont, et dans les communes environnantes.

L'objectif secondaire était d'établir des taux d'IVG en fonction des localités afin de déterminer des zones où le taux de recours à l'IVG serait supérieur à la moyenne régionale ou nationale. Cela permettrait de mettre en évidence d'éventuelles zones « sensibles » où des actions pertinentes seraient justifiées.

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Détermination de la zone étudiée

La zone d'étude initialement retenue était le canton de Remiremont, avec une étude de ses différentes communes. Il a été procédé à un regroupement de communes. Un premier regroupement a été établi selon les codes postaux, ce qui a abouti à la formation de 16 groupes avec des effectifs de population satisfaisants.

2.2.2 Recueil des données

Pour recueillir le nombre d'IVG réalisées par des patientes résidant à Remiremont et dans les communes environnantes, les DIM (Département d'information médicale) de l'hôpital de Remiremont et des autres centres hospitaliers à proximité ont été contactés.

Il s'agissait des DIM des centres hospitaliers (CH) publics d'Épinal, de Neufchâteau, de Saint-Dié-des-Vosges, et de la clinique privée l'Arc-en-Ciel d'Épinal. Ce choix a été guidé par le fait que des femmes résidant dans les communes étudiées pouvaient également s'adresser à ces centres d'IVG.

Le premier contact avec le DIM de chaque hôpital était téléphonique, suivi d'une demande écrite adressée au directeur de l'hôpital, et au médecin responsable du DIM (annexe 1).

Les données demandées étaient :

- Le nombre total d'IVG (médicaux et chirurgicaux) réalisés dans l'établissement par année, de 2005 à 2010 ;

- l'âge de chaque patiente ;
- la commune de résidence de chacune.

L'anonymat des patientes était assuré. Étant donné l'absence de données nominatives, nous avons considéré qu'il n'était pas possible de retrouver les patientes et n'avons donc pas sollicité l'accord de la CNIL.

Les données étaient demandées de 2005 à 2010, de façon à faire l'étude sur des données récentes, tout en ayant un recul de quelques années.

2.2.3 Population étudiée, sous-groupes retenus

Conformément aux données nationales, régionales et départementales diffusées par la DREES et par l'INED, nous avons choisi de prendre en compte les IVG chez les femmes de 15 à 49 ans. Des sous-groupes de tranches d'âge quinquennales ont été déterminés : 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans.

Les données démographiques (nombre de femmes par tranche d'âge quinquennale dans chaque commune) sont issues du recensement de 2008 de l'INSEE, et sont disponibles par communes (63).

Il a été décidé de concentrer l'étude des taux d'IVG pour:

- l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans, ce qui donne une vision globale des taux d'IVG ;
- les femmes de 15 à 19 ans, et les femmes de 20 à 24 ans :

Ce choix est justifié par le fait que les taux ont considérablement augmenté chez les moins de 25 ans entre 1990 et 2006. La classe des 20-24 ans est celle pour laquelle les taux d'IVG sont les plus élevés, aux niveaux national et régional (Lorraine). De plus, l'IVG chez les moins de 20 ans est un facteur de risque d'IVG itératives.

Une éducation à la sexualité ciblée dans ces tranches d'âge semble a priori être plus rentable en terme de prévention.

2.2.4 Traitement des données recueillies

Les données (nombre d'IVG et données démographiques) ont été saisies sur le tableur « Microsoft Office Excel ».

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel « SAS v9.2 » (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Les taux d'incidence d'IVG (nombre d'IVG pour 1000 femmes) ont été calculés de la façon suivante, avec comme période l'année :

Taux = Numérateur / Dénominateur * 1000

Numérateur : nombre d'IVG survenus dans la population étudiée (pendant une année).

Dénominateur : effectif de la population étudiée.

Les intervalles de confiance ont été établis selon une méthode basée sur la loi de Poisson.

La saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisés avec l'aide de Mme le Docteur Carole Loos-Ayav, du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Il a été prévu de comparer les taux obtenus aux taux régionaux et nationaux.

Les données nationales ont été obtenues par l'Insee (64).

Les données régionales sont issues des rapports « Études et résultats » de la DREES (30 ; 33 ; 65 ; 66) pour les 15-49 ans. Nous avons contacté l'Agence régionale de santé de Lorraine pour obtenir celles concernant les 15-19 et les 20-24 ans.

2.2.5 Présentation des résultats : réalisation de cartes

Afin de présenter le plus clairement possible les résultats obtenus, nous avons choisi de réaliser une cartographie de la zone étudiée. Les cartes ont été réalisées grâce au logiciel « Cartes & Données Puzzle 5.1 », avec une autorisation temporaire d'utilisation possible grâce au statut d'étudiant (annexe 2), ainsi que par le logiciel d'accès libre « PhotoFiltre 7 ».

2.3 Résultats

2.3.1 Recueil des données

Tableau n°2 : DIM contactés et résultats obtenus

DIM :	Résultats obtenus :
CH de Remiremont	<ul style="list-style-type: none">•Nombre d'IVG par an, 2005 à 2010.•Âge de chaque patiente.•Code postal et commune de résidence de chaque patiente.
CH d'Épinal	<ul style="list-style-type: none">•Nombre d'IVG par an, 2005 à 2010.•Âge de chaque patiente.•Code postal de résidence.
Clinique Arc-en-Ciel, Épinal	<ul style="list-style-type: none">•Nombre d'IVG par an, 2005 à 2010, IVG chirurgicales seulement.•Âge de chaque patiente.•Numéro d'admission.•Dates d'entrée et de sortie.•Code postal de résidence, données incomplètes: enregistrées à partir de 2009 seulement.
CH de Neufchâteau	Aucune donnée transmise.
CH de Saint-Dié-des-Vosges.	Aucune donnée transmise.

Remarque: Pour la clinique l'Arc-en-Ciel, les données disponibles de 2005 à 2010 ont été prises en compte.

2.3.2 Détermination de la zone étudiée

Les communes autour de Remiremont n'ont pas pu être étudiées une par une, les effectifs de population étant trop faibles et les communes trop nombreuses.

Un regroupement a dû être envisagé, l'objectif était d'obtenir des effectifs de population plus importants (et donc des calculs de taux plus fiables).

Les Territoires de santé de proximité (67), établis par L'Agence Régionale de l'Hospitalisation en 2003, représentaient la première option de zonage géographique.

Mais le territoire de Remiremont représente une zone trop large qui regroupe l'ensemble des communes étudiées (annexe 3).

Un regroupement des communes du canton de Remiremont a été effectué par code postal (49 communes pour 16 groupes de plus de 1000 habitants).

Les résultats transmis par les DIM ont confirmé l'utilité de ce mode de regroupement. Cependant, en exploitant les données du nombre d'IVG, le nombre brut d'IVG restait faible, voire nul pour certaines zones. Il a donc fallu effectuer un deuxième regroupement.

Le découpage géographique de l'Insee en unités urbaines (68) (annexe 4) a semblé être le plus approprié quant à l'étendue des zones géographiques et la taille de la population étudiée. Or une unité urbaine regroupe différents codes postaux. Mais certaines communes sont dites rurales, c'est-à-dire non incluses dans des unités urbaines.

La détermination des groupes a été effectuée de la sorte :

- Regroupement des communes selon les codes postaux.
- Puis regroupement des groupes « codes postaux » selon les unités urbaines, avec inclusion des communes rurales.

Ces zones, ou groupes de communes, sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau n°3 : Composition des groupes de communes (communes appartenant à des unités urbaines en jaune)

Communes	Codes postaux	Groupe de communes
Basse-sur-le Rupt Cleurie Gerbamont Le_Syndicat Rochesson Saint_Ame Sapois Vagney	88120	« Vagney »: Unité urbaine de La Bresse + Rochesson, ou « Groupe 1 »
La Forge Le Tholy	88530	
La Bresse	88250	
Saulxures_sur_Moselotte Thiéfosse	88290	
Cornimont Ventron	88310	
Fresse_sur_Moselle Le_Menil Le_Thillot Ramonchamp	88160	« Le Thillot »: Unité urbaine du Thillot, ou « Groupe 2 »
Ferdrupt Rupt sur Moselle	88360	
Bussang	88540	
Saint Maurice sur Moselle	88560	
Dommartin_les_Remiremont Remiremont Saint_Etienne_les_Remiremont Saint_Nabord Vecoux	88200	« Remiremont » : Unité urbaine de Remiremont, ou « Groupe 3 »
Eloyes	88510	
Dounoux Hadol Raon_aux_Bois Urimenil Uzemain Xertigny	88220	« Xertigny »: Communes rurales uniquement, ou « Groupe 4 »
Girmont_Val_d_Ajol Le_Val_d_Ajol	88340	«Le Val d'Ajol »: Unité urbaine Val d'Ajol + Girmont-Val-d'Ajol, ou « Groupe 5 »
Bellefontaine Plombieres_les_Bains	88370	« Plombières-lès-bains »: Communes rurales uniquement, ou « Groupe 6 »
Charmois_devant_Bruyeres Chenimenil Docelles Faucompierre La_Baffe Le_Roulier Tendon Xamontarupt	88460	« Cheniménil »: Unité urbaine de Cheniménil + Charmois-devant-Bruyères, Faucompierre, La Baffe, Le Roulier, Tendon, Xamontarupt, ou « Groupe 7 »
Jarmenil Pouxoux	88550	« Pouxoux »: Unité urbaine de Pouxoux ou « Groupe 8 »

Illustration n°10 : Carte géographique de la zone étudiée et groupements de communes



2.3.3 Population étudiée, sous-groupes retenus

Les données de l'INSEE (recensement 2008) ont permis d'établir le tableau suivant (63).

Tableau n°4 : Effectifs des femmes par tranche d'âge quinquennale dans chaque groupe de communes

Groupe de communes	Femmes 15-19 ans	Femmes 20-24 ans	Femmes 25-29 ans	Femmes 30-34 ans	Femmes 35-39 ans	Femmes 40-44 ans	Femmes 45-49 ans	TOTAUX
« Vagney »	735	463	688	715	856	930	1096	5483
« Le Thillot »	435	350	422	450	503	524	587	3271
« Remiremont »	726	516	664	595	788	806	873	4968
« Xertigny »	320	232	280	310	322	390	363	2217
«Le Val d'Ajol »	90	61	106	126	106	102	171	762
« Plombières-lès-bains »	68	56	48	120	88	104	98	582
« Cheniménil »	108	92	136	120	156	135	159	906
« Pouxoux »	48	56	73	73	101	85	65	501
TOTAUX	2 530	1 826	2 417	2 509	2 920	3 076	3 412	18690

Les effectifs ainsi obtenus ont été utilisés pour le calcul des taux d'IVG pour les tranches d'âges des 15-19 ans, des 20-24 ans et des 15-49 ans pour chaque groupe de communes de 2005 à 2010.

2.3.4 Traitement des données recueillies

2.3.4.1 Résultats globaux concernant l'ensemble de la zone étudiée

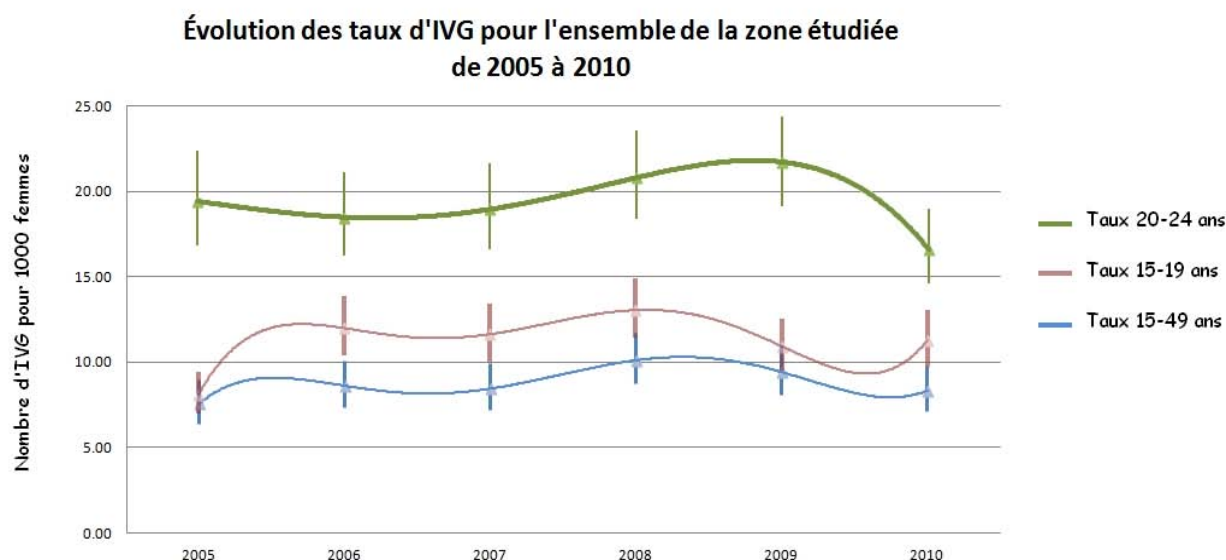
Le recueil des données brutes, à savoir le nombre d'IVG dans chaque établissement par année de 2005 à 2010, a permis d'établir un descriptif par établissement (annexe 5) et un descriptif par année (annexe 6).

Les résultats principaux émanant de ces données brutes sont que :

- 985 IVG ont été répertoriées, avec une répartition globalement homogène sur les 6 années étudiées.
- si l'on prend en compte les 3 établissements, **plus de 80% des patientes répertoriées se sont adressées au centre hospitalier de Remiremont pour avoir recours à l'IVG.**

Les taux d'IVG pour l'ensemble des 8 groupes de communes ont été calculés pour chaque année, à partir des données présentées en annexe 6 (tableau en annexe 7).

Illustration n°11 :



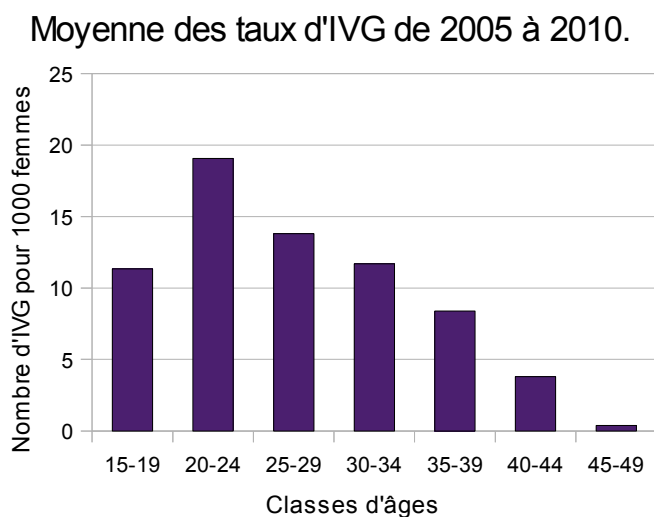
Les taux sont stables autour de 8,5 pour 1000 pour les 15-49 ans.

La tendance globale pour les 15-19 ans est une augmentation des taux, passant de 7,91 pour 1000 en 2005 à 11,46 en 2010.

Concernant les 20-24 ans, l'évolution des taux est aussi à la hausse de 2005 à 2009 (de 19,1 à 21,8 pour 1000). On observe une brusque diminution du taux en 2010 (15,9 pour 1000).

Une moyenne des taux de 2005 à 2010 pour chaque classe d'âge dans l'ensemble des groupes de communes a été calculée (tableau en annexe 8).

Illustration n°12 :



Le recours à l'IVG est maximal pour les 20-24 ans.

2.3.4.2 Résultats par classe d'âge, par groupe de communes et par année

Tableau n° 5 : Taux d'IVG des 15-49 ans, par année et par groupe de communes

Année	Groupe communes	IVG 15-49	Taux15-49	IC inf 15-49	IC sup 15-49	Taux national	Taux régional
2005	Vagney / 1	43	7,8	5,7	10,7	14,2	11,4
	Le Thillot / 2	26	7,9	5,2	11,9		
	Remiremont / 3	41	8,3	5,9	11,3		
	Xertigny / 4	11	5,0	2,5	9,3		
	Le Val d'Ajol / 5	8	10,5	4,5	21,9		
	Plombières lès bains / 6	6	10,3	3,8	24,1		
	Cheniménil / 7	3	3,3	0,7	11,1		
	Pouxieux / 8	4	8,0	2,2	22,8		
2006	Vagney / 1	48	8,8	6,5	11,7	14,9	12
	Le Thillot / 2	24	7,3	4,7	11,1		
	Remiremont / 3	46	9,3	6,8	12,5		
	Xertigny / 4	17	7,7	4,5	12,6		
	Le Val d'Ajol / 5	11	14,4	7,2	26,9		
	Plombières lès bains / 6	5	8,6	2,8	21,8		
	Cheniménil / 7	7	7,7	3,1	17,0		
	Pouxieux / 8	3	6,0	1,2	20,0		
2007	Vagney / 1	50	9,1	6,8	12,1	14,7	11,9
	Le Thillot / 2	37	11,3	8,0	15,8		
	Remiremont / 3	41	8,3	5,9	11,3		
	Xertigny / 4	14	6,3	3,5	11,0		
	Le Val d'Ajol / 5	8	10,5	4,5	21,9		
	Plombières lès bains / 6	4	6,9	1,9	19,5		
	Cheniménil / 7	3	3,3	0,7	11,1		
	Pouxieux / 8	1	2,0	0,1	14,9		
2008	Vagney / 1	52	9,5	7,1	12,6	14,4	12,3
	Le Thillot / 2	27	8,3	5,4	12,2		
	Remiremont / 3	68	13,7	10,6	17,5		
	Xertigny / 4	19	8,6	5,2	13,7		
	Le Val d'Ajol / 5	13	17,0	9,1	30,2		
	Plombières lès bains / 6	5	8,6	2,8	21,8		
	Cheniménil / 7	2	2,2	0,3	9,6		
	Pouxieux / 8	3	6,0	1,2	20,0		
2009	Vagney / 1	51	9,3	6,9	12,3	14,5	12,2
	Le Thillot / 2	29	8,9	5,9	12,9		
	Remiremont / 3	53	10,7	8,0	14,1		
	Xertigny / 4	12	5,4	2,8	9,8		
	Le Val d'Ajol / 5	8	10,5	4,5	21,9		
	Plombières lès bains / 6	8	13,7	5,9	28,6		
	Cheniménil / 7	7	7,7	3,1	17,0		
	Pouxieux / 8	8	16,0	6,9	33,4		
2010	Vagney / 1	42	7,7	5,5	10,5	14,5	12,2
	Le Thillot / 2	21	6,4	4,0	10,0		
	Remiremont / 3	48	9,7	7,1	12,9		
	Xertigny / 4	13	5,9	3,1	10,4		
	Le Val d'Ajol / 5	9	11,8	5,4	23,6		
	Plombières lès bains / 6	10	17,1	8,2	33,0		
	Cheniménil / 7	6	6,6	2,4	15,5		
	Pouxieux / 8	7	14,0	5,6	30,8		

« IC inf » et « IC sup » : bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance.

Tableau n° 6 : Taux d'IVG des 15-19 ans, par année et par groupe de communes

Année	Groupe communes	IVG 15-19	Taux15-19	IC inf 15-19	IC sup 15-19	Taux national	Taux régional
2005	Vagney / 1	7	9,5	6,9	13,0	15,5	13,1
	Le Thillot / 2	2	4,6	3,0	6,9		
	Remiremont / 3	5	6,9	4,9	9,5		
	Xertigny / 4	3	9,4	4,7	17,5		
	Le Val d'Ajol / 5	1	11,1	4,8	23,2		
	Plombières lès bains / 6	1	14,6	5,4	34,3		
	Cheniménil / 7	1	9,3	1,9	31,0		
	Pouxoux / 8	0					
2006	Vagney / 1	6	8,2	6,0	10,9	16,1	13,1
	Le Thillot / 2	7	16,1	10,3	24,4		
	Remiremont / 3	9	12,4	9,1	16,7		
	Xertigny / 4	5	15,6	9,1	25,7		
	Le Val d'Ajol / 5	2	22,3	11,1	41,6		
	Plombières lès bains / 6	0					
	Cheniménil / 7	2	18,6	7,5	40,8		
	Pouxoux / 8	0					
2007	Vagney / 1	9	12,3	9,1	16,3	15,6	13,1
	Le Thillot / 2	7	16,1	11,3	22,5		
	Remiremont / 3	8	11,0	7,9	15,1		
	Xertigny / 4	2	6,2	3,4	10,8		
	Le Val d'Ajol / 5	1	11,1	4,8	23,2		
	Plombières lès bains / 6	3	43,9	12,0	125,0		
	Cheniménil / 7	0					
	Pouxoux / 8	0					
2008	Vagney / 1	10	13,6	10,2	18,0	15,3	13,1
	Le Thillot / 2	4	9,2	6,1	13,6		
	Remiremont / 3	11	15,2	11,8	19,3		
	Xertigny / 4	5	15,6	9,4	25,0		
	Le Val d'Ajol / 5	2	22,3	11,9	39,5		
	Plombières lès bains / 6	1	14,6	4,8	37,3		
	Cheniménil / 7	0					
	Pouxoux / 8	1	20,7	4,3	69,0		
2009	Vagney / 1	11	15,0	11,1	19,9	15,2	13,1
	Le Thillot / 2	4	9,2	6,2	13,4		
	Remiremont / 3	9	12,4	9,3	16,4		
	Xertigny / 4	1	3,1	1,6	5,7		
	Le Val d'Ajol / 5	0					
	Plombières lès bains / 6	0					
	Cheniménil / 7	1	9,3	3,7	20,4		
	Pouxoux / 8	2	41,3	17,8	86,2		
2010	Vagney / 1	5	6,8	4,9	9,3	15,2	13,1
	Le Thillot / 2	3	6,9	4,3	10,8		
	Remiremont / 3	13	17,9	13,2	24,0		
	Xertigny / 4	3	9,4	5,0	16,6		
	Le Val d'Ajol / 5	2	22,3	10,2	44,5		
	Plombières lès bains / 6	2	29,3	14,0	56,4		
	Cheniménil / 7	0					
	Pouxoux / 8	1	20,7	8,3	45,4		

« IC inf » et « IC sup » : bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance.

*L'ARS n'a pas pu nous transmettre les taux régionaux pour les 15-19 ans. Le taux régional a été estimé à partir des données de l'INED de 2006 (69) et du recensement de population de l'Insee en 2008 (63).

Tableau n° 7 : Taux d'IVG des 20-24 ans, par année et par groupe de communes

Année	Groupe communes	IVG 20-24	Taux 20-24	IC inf 20-24	IC sup 20-24	Taux national	Taux régional
2005	Vagney / 1	11	23,7	17,2	32,4	26,8	21,9
	Le Thillot / 2	7	20,0	13,1	29,9		
	Remiremont / 3	9	17,4	12,5	23,9		
	Xertigny / 4	2	8,6	4,3	16,1		
	Le Val d'Ajol / 5	3	49,0	21,1	102,1		
	Plombières lès bains / 6	0					
	Cheniménil / 7	1	10,9	2,2	36,3		
	Pouxieux / 8	2	35,4	9,7	100,8		
2006	Vagney / 1	14	30,2	22,3	40,5	27,5	21,9
	Le Thillot / 2	4	11,4	7,3	17,4		
	Remiremont / 3	12	23,2	17,0	31,3		
	Xertigny / 4	1	4,3	2,5	7,1		
	Le Val d'Ajol / 5	0					
	Plombières lès bains / 6	2	35,6	11,6	90,7		
	Cheniménil / 7	0					
	Pouxieux / 8	0					
2007	Vagney / 1	10	21,6	16,0	28,7	27	21,9
	Le Thillot / 2	7	20,0	14,1	27,9		
	Remiremont / 3	11	21,3	15,3	29,3		
	Xertigny / 4	2	8,6	4,7	14,9		
	Le Val d'Ajol / 5	2	32,6	14,1	68,1		
	Plombières lès bains / 6	0					
	Cheniménil / 7	1	10,9	2,2	36,3		
	Pouxieux / 8	1	17,7	0,4	131,6		
2008	Vagney / 1	12	25,9	19,3	34,3	26,7	21,9
	Le Thillot / 2	6	17,1	11,3	25,4		
	Remiremont / 3	13	25,2	19,6	32,2		
	Xertigny / 4	2	8,6	5,2	13,8		
	Le Val d'Ajol / 5	2	32,6	17,4	57,9		
	Plombières lès bains / 6	2	35,6	11,6	90,7		
	Cheniménil / 7	0					
	Pouxieux / 8	1	17,7	3,7	59,2		
2009	Vagney / 1	13	28,1	20,9	37,3	26,7	21,9
	Le Thillot / 2	4	11,4	7,7	16,7		
	Remiremont / 3	8	15,5	11,6	20,5		
	Xertigny / 4	2	8,6	4,4	15,6		
	Le Val d'Ajol / 5	3	49,0	21,1	102,1		
	Plombières lès bains / 6	4	71,2	30,7	148,6		
	Cheniménil / 7	2	21,7	8,7	47,7		
	Pouxieux / 8	4	70,8	30,6	147,8		
2010	Vagney / 1	10	21,6	15,6	29,5	26,7	21,9
	Le Thillot / 2	5	14,3	8,8	22,3		
	Remiremont / 3	8	15,5	11,4	20,8		
	Xertigny / 4	1	4,3	2,3	7,6		
	Le Val d'Ajol / 5	2	32,6	14,9	65,2		
	Plombières lès bains / 6	1	17,8	8,5	34,3		
	Cheniménil / 7	1	10,9	4,0	25,5		
	Pouxieux / 8	1	17,7	7,1	38,9		

« IC inf » et « IC sup » : bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance.

*L'ARS n'a pas pu nous transmettre les taux régionaux pour les 20-24 ans. Le taux régional retenu est celui de 2006 mentionné dans le document « Statiss Info » édité par le service statistique de la DRASS de Lorraine en 2008 (62).

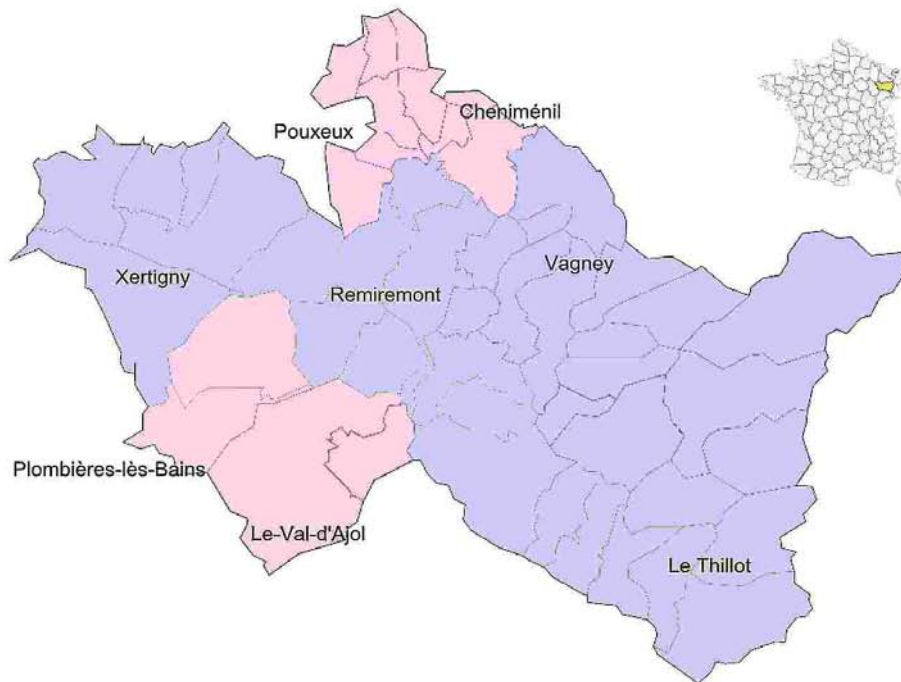
2.3.5 Présentation des résultats : réalisation de cartes

Nous avons choisi de ne pas représenter sur les cartes les taux bruts obtenus. En effet, les intervalles de confiance sont trop larges pour que les différences entre les taux dits bruts des groupes de communes soient représentatifs d'une situation réelle.

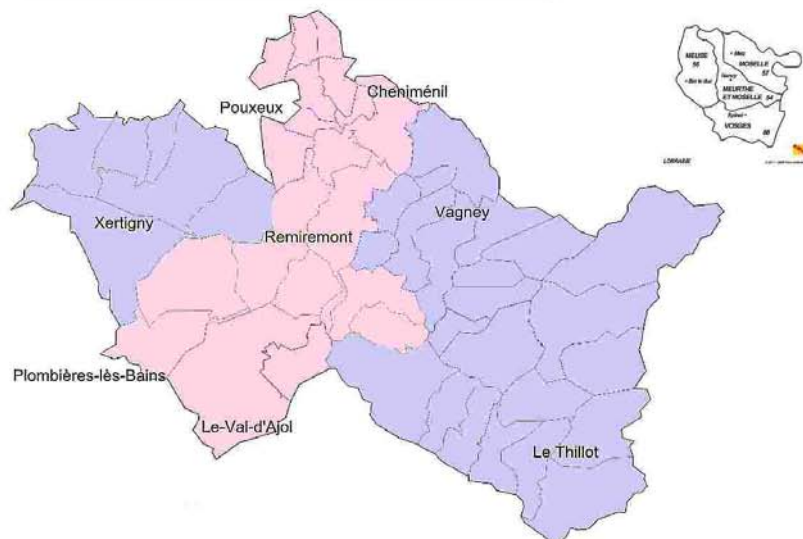
Nous avons donc préféré représenter sur les cartes les situations suivantes:

- soit le taux national ou / et le taux régional sont compris dans l'intervalle de confiance du taux calculé pour un groupe de communes. Le taux du groupe de communes est donc considéré comme égal au taux national ou / et régional.
- soit le taux national ou / et le taux régional sont supérieurs à la borne supérieure de l'intervalle de confiance du taux calculé pour un groupe de communes. Le taux du groupe de communes est donc considéré comme inférieur au taux national ou / et régional.
- soit le taux national ou / et le taux régional sont inférieurs à la borne inférieure de l'intervalle de confiance du taux calculé pour un groupe de communes. Le taux du groupe de communes est donc considéré comme supérieur au taux national ou / et régional.

Il est à noter que les taux nationaux et régionaux de référence ont été calculés (INSEE et DRESS) à partir d'un compte du nombre total des IVG, et non à partir d'un échantillonnage. Il n'y a donc pas d'intervalle de confiance à prendre en compte pour ces taux.



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 49 ans



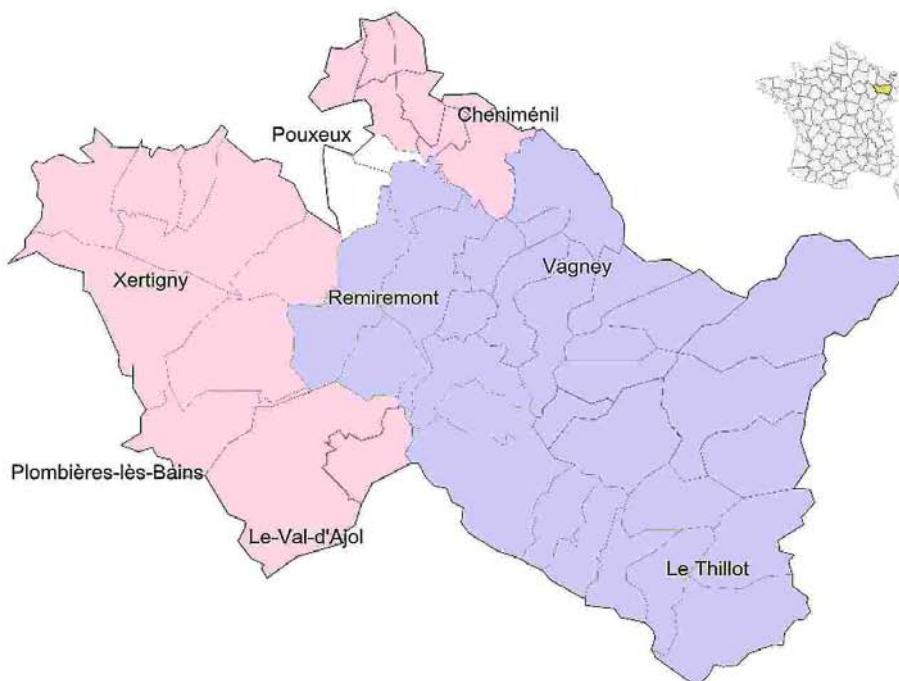
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 49 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2010

Carte n°2

2.3.5.2 Résultats pour les 15-19 ans (annexe 10)



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans

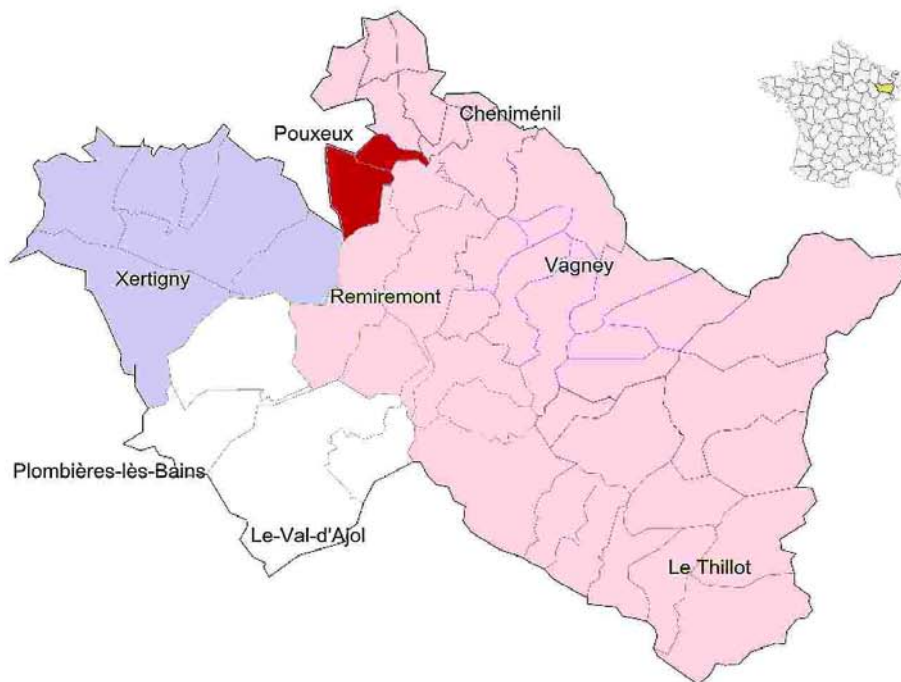


Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2005

Carte n°3



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

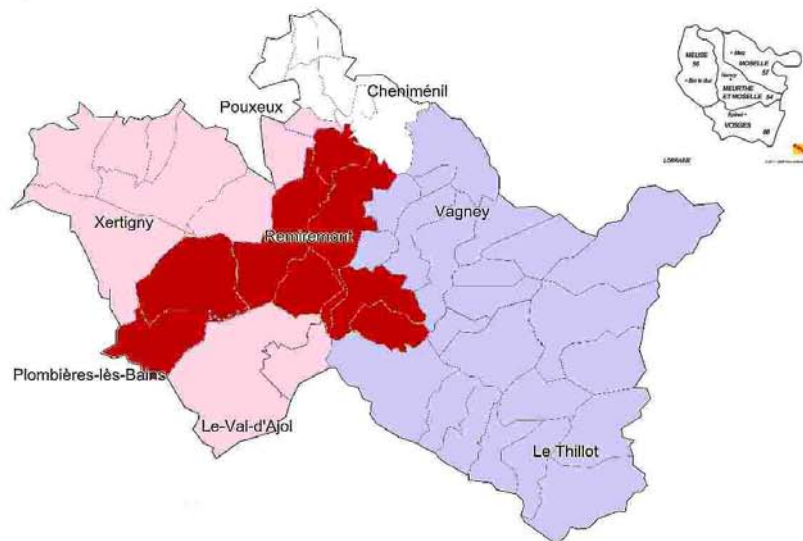
- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2009

Carte n°4



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans

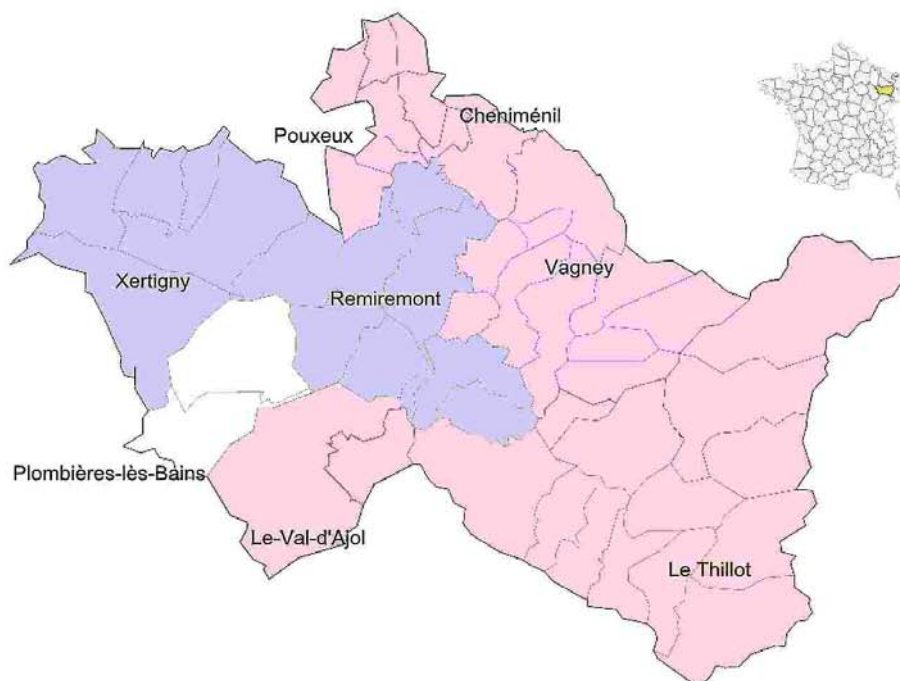


Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2010

2.3.5.3 Résultats pour les 20-24 ans (annexe11)



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans

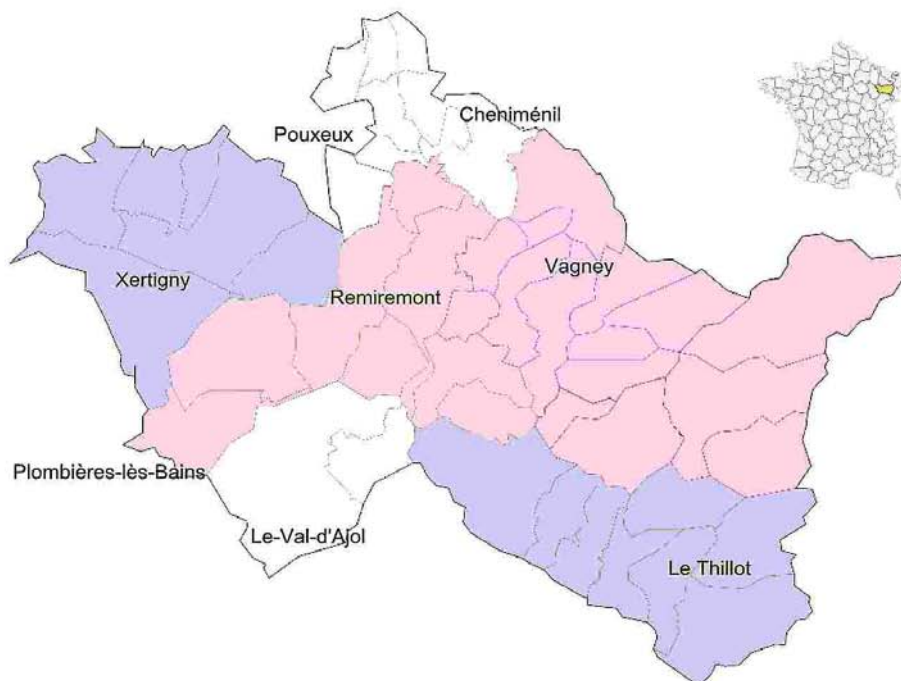


Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

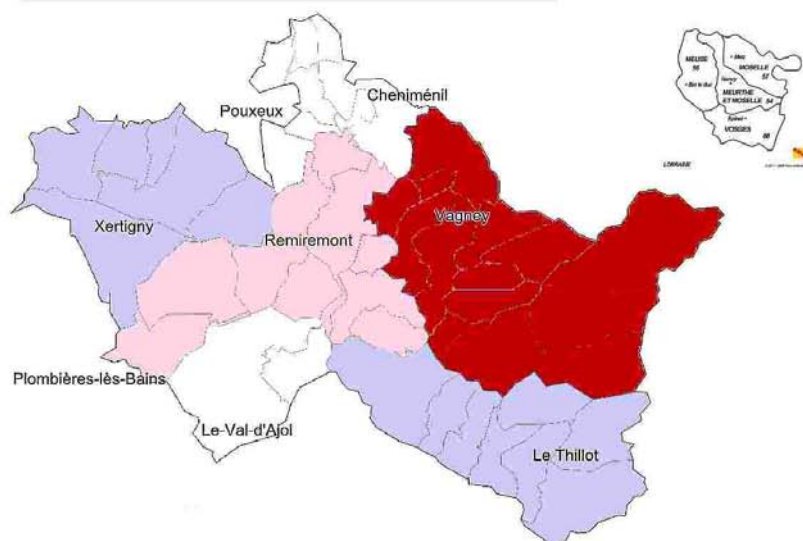
- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2005

Carte n°6



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans

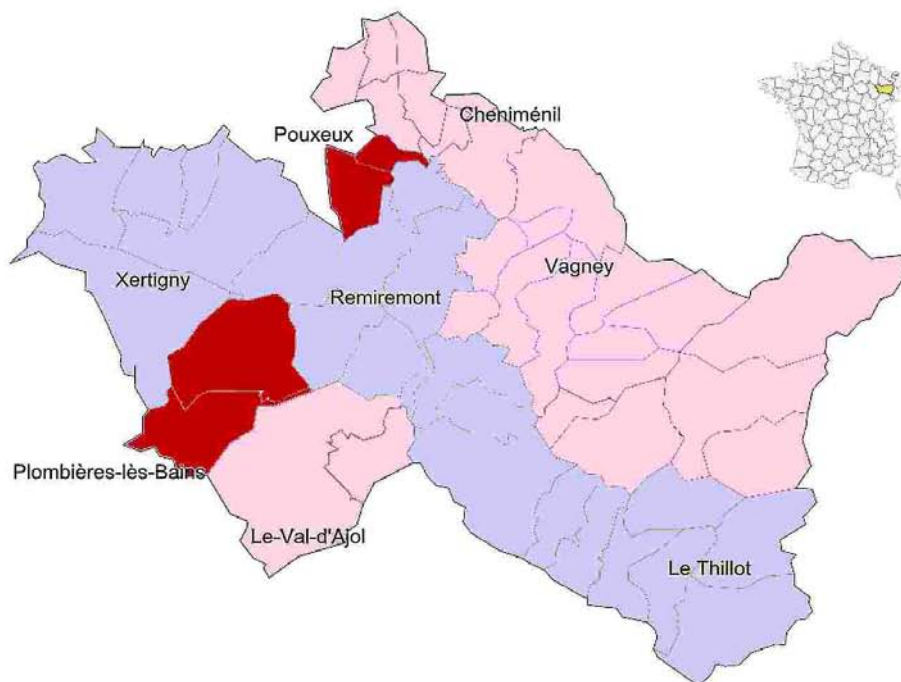


Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

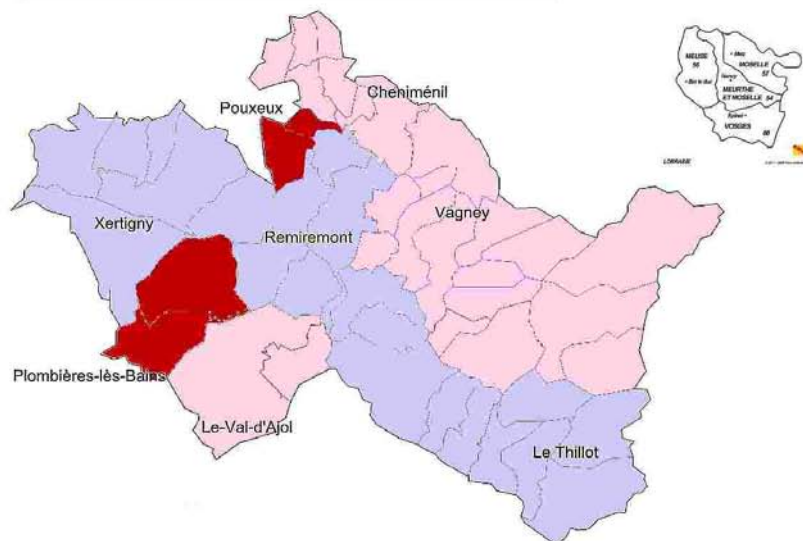
- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2006

Carte n°7



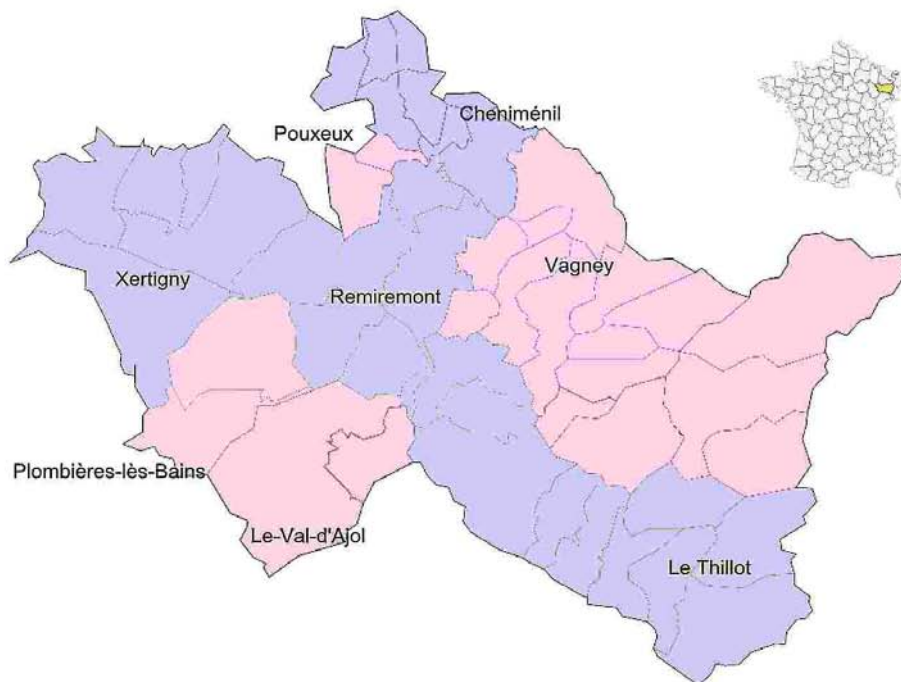
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2009



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2010

Selon les taux présentés dans les tableaux :

Les groupes de communes ayant les taux les plus élevés sont, pour toutes les classes d'âges, le Val d'Ajol, Plombières-les-Bains, Pouxoux, et, à moindre degré, Remiremont et Vagney.

Selon les cartes, prenant en compte les intervalles de confiance :

→ Sur l'ensemble de la zone et pour la durée étudiées, le taux global pour les 15-49 ans reste relativement stable autour de 8 IVG pour 1000 femmes. Il n'est jamais supérieur aux moyennes nationales ou régionales.

→ Pour les 15-19 ans, des taux élevés sont observés :

- en 2009 dans le groupe de communes de Pouxoux, aux niveaux national et régional.

- en 2010, au niveau régional pour les groupes de communes de Plombières-lès-bains et Remiremont.

→ Pour la classe des 20-24 ans on relève :

- en 2006, dans le groupe de communes de Vagney, un taux supérieur à la moyenne régionale.

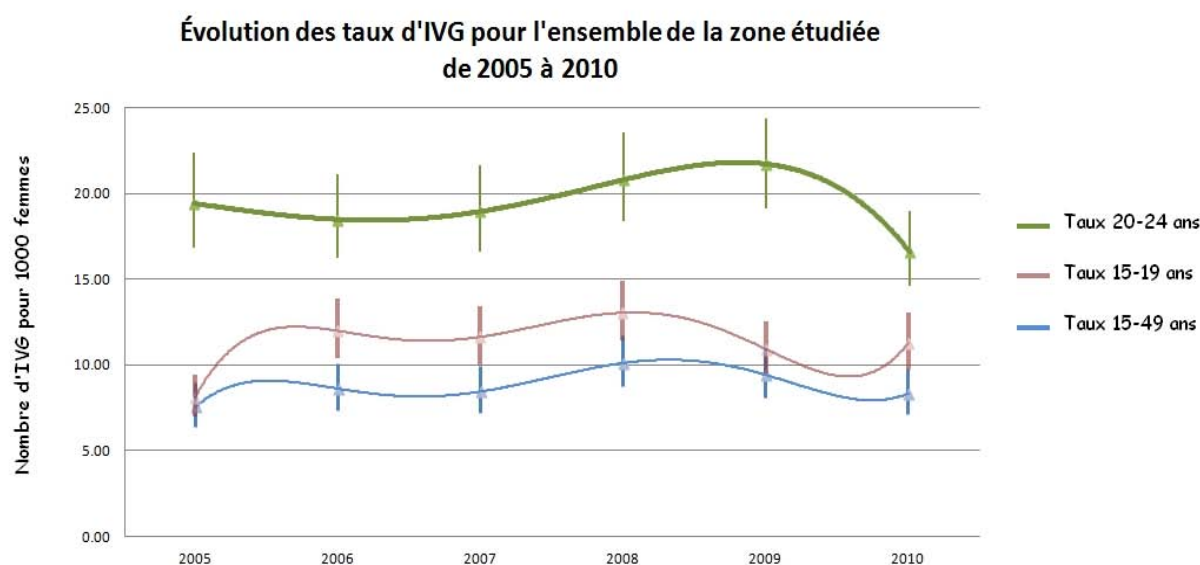
- en 2009, pour les groupes de communes de Pouxoux et de Plombières-les-bains, des taux supérieurs aux moyennes régionales et nationales.

2.4 Discussion

2.4.1 Résultats obtenus

2.4.1.1 Interprétation des résultats globaux

Rappel illustration n°11 :

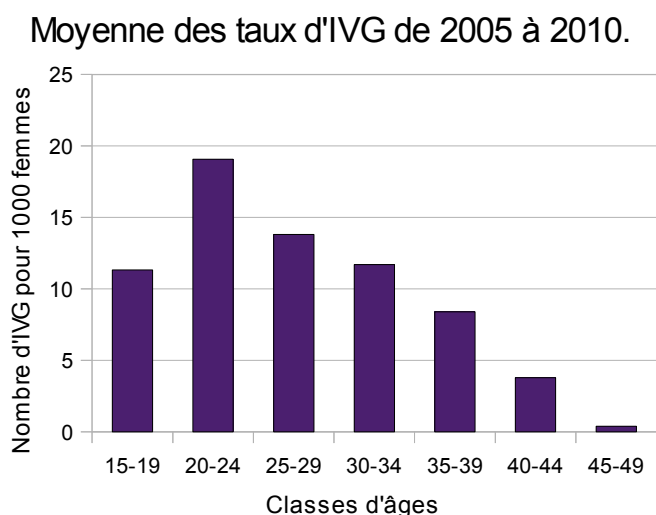


La situation observée semble similaire à celle de la région Lorraine exposée en première partie de ce travail, avec cependant un taux inférieur pour les 15-49 ans (10,1 pour 1000 au maximum versus 12,3 pour 1000 en Lorraine en 2008).

On observe une brusque diminution du taux pour les 20-24 ans en 2010 (15,9 pour 1000). Faute de recul, il n'est pas possible de savoir si 2010 amorce une diminution des taux pour cette tranche d'âge ou s'il s'agit d'un événement ponctuel dans une tendance globale à la hausse.

Nous avons également établi un graphique représentant la moyenne des taux de recours à l'IVG sur les six années de la zone étudiée, selon l'âge des patientes.

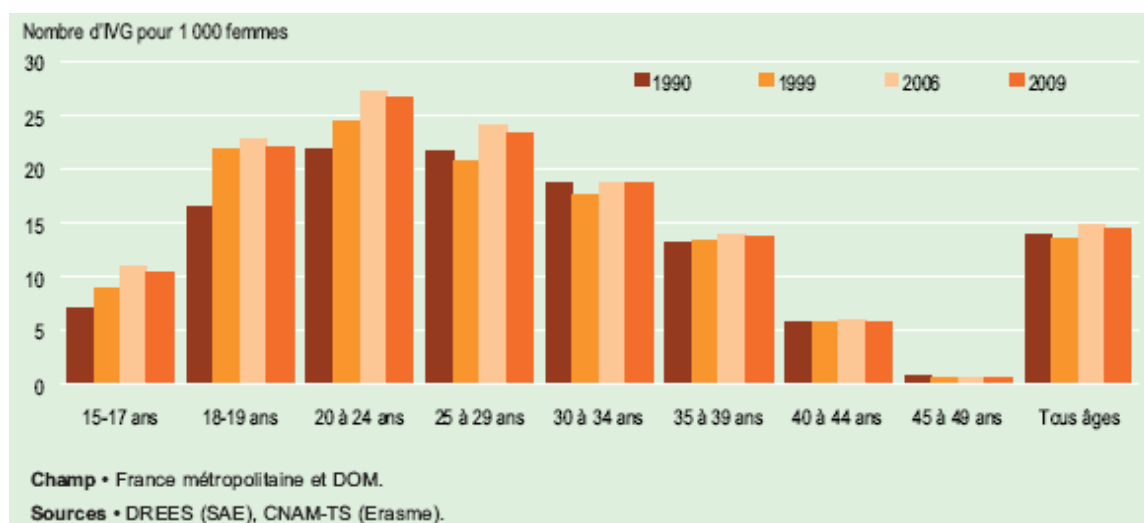
Rappel illustration n°12 :



Avec un taux maximal pour les 20-24 ans, la situation de la zone étudiée est identique à la situation régionale.

En rappel, voici le graphique pour les données nationales de 4 années, établi par la DREES.

Rappel illustration n°7 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge (30)



Le graphique obtenu (illustration n°12) représente des données globales sur 6 ans, ce qui permet d'augmenter de façon théorique les effectifs. Il ne tient cependant pas de compte de l'évolution de la structure de la population sur ces 6 ans. La comparaison avec les données nationales reste à prendre avec recul, étant donné les différences d'effectifs, les probables différences de répartition de la population dans les classes d'âge. Il est malgré tout intéressant de voir que les profils des taux d'IVG selon l'âge semblent être superposables aux données nationales.

2.4.1.2 Interprétation des résultats détaillés sous forme de tableaux et de cartes

Les tableaux mettent en évidence les groupes où les taux sont les plus élevés. La présentation des résultats sous forme de cartes a deux avantages : la lisibilité, et l'objectivité (les intervalles de confiance étant pris en compte). La cartographie permet de se rendre compte que les groupes de communes incriminés ne le sont que ponctuellement sur l'ensemble des six années observées.

En 2009, le caractère élevé des taux à Pouxoux (15-19 ans et 20-24 ans), et à Plombières-lès-bains (20-24 ans) est assez probable. Cela est moins le cas pour les résultats des 15-19 ans à Remiremont en 2010 et des 20-24 ans à Vagney en 2006, dont les taux ne sont que supérieurs aux taux régionaux.

Trois des cinq groupes de communes ciblés par ce travail comme étant celles où les taux sont les plus élevés (le Val d'Ajol, Plombières-les-bains et Pouxoux) sont ceux ayant les plus petits effectifs de population (de 501 femmes de 15 à 49 ans pour Pouxoux à 762 pour le Val d'Ajol). Le nombre brut d'IVG par an pour des taux élevés est parfois seulement de 2 ou 4. Le regroupement des communes aurait-il dû être organisé autrement ?

Les résultats semblent donc discutables en ce qui concerne les taux annuels et par groupe de communes pour les plus petits effectifs, à savoir les 15-19 et les 20-24 ans.

Les résultats obtenus traduisent-ils une réelle situation à risque ?

2.4.2 Limites et biais

2.4.2.1 Limites

Les taux de recours à l'IVG ont été étudiés pour des femmes résidant dans une zone géographique donnée, et non pour un centre d'orthogénie.

Sous-estimation des événements : les femmes résidant dans la zone étudiée peuvent s'adresser à tout établissement d'orthogénie en France, voire à l'étranger. Le nombre d'IVG est donc sous-estimé.

Faibles effectifs : la zone d'étude étant restreinte, les effectifs de population sont peu importants. 18 690 femmes de 15 à 49 ans ont été recensées, avec 985 IVG sur les 6 années prises en compte. Ces effectifs sont minorés lors de l'étude des classes d'âges précises (2530 femmes de 15 à 49 ans et 1826 femmes de 20 à 24 ans). Il en découle de grands intervalles de confiance lors des calculs des taux, dont l'interprétation et la comparaison deviennent délicates.

Répartition des effectifs dans les différentes classes d'âge : les classes d'âge retenues sont celles établies par l'INED et l'INSEE. Mais la tendance démographique des Vosges est au vieillissement de la population (70). Les classes d'âge des femmes de 15 à 39 ans sont donc très probablement sous représentées par rapport à celles des femmes plus âgées, ce qui va dans le sens d'une diminution des taux.

Enfin, le travail de présentation et d'interprétation des résultats obtenus a été effectué par des non-experts en épidémiologie.

2.4.2.2 Biais

Recueil des données :

- Les centres hospitaliers de Neufchâteau et de Saint-Dié-des-Vosges n'ont pas donné suite à notre demande (étant donné la géographie des vallées, pouvons-nous supposer que peu de patientes se rendent à Neufchâteau ou Saint-Dié-des-Vosges pour recourir à l'IVG ?)

- La clinique de l'Arc-en-ciel à Épinal n'a pas été en mesure de communiquer systématiquement les communes de résidence des patientes de 2005 à 2008. De plus, les IVG médicamenteuses n'ont pas été recensées sur les 6 années étudiées. Cela biaise non seulement le nombre d'IVG recensées mais aussi la répartition des patientes entre les différents établissements.

Données démographiques :

Les effectifs ont été établis selon le recensement de 2008 de l'INSEE. Il s'agit donc d'un effectif fixe qui a été utilisé pour le calcul des taux de 2005 à 2010, sans prise en compte de l'évolution de la population au fil des ans. Une augmentation des taux d'IVG pourrait être la conséquence d'une augmentation et d'un rajeunissement de la population. Les données de l'INSEE (70) laissent penser que cette hypothèse est peu vraisemblable.

Données régionales de référence :

L'ARS n'a pas communiqué les données régionales. Pour les 20-24 ans, le taux régional retenu est celui de 2006 mentionné dans le document « Statiss Info » édité par le service statistique de la DRASS de Lorraine en 2008 (62). Pour les 15-19 ans, le taux régional a été calculé à partir des données de l'INED de 2006 (71) et du recensement de population de l'Insee en 2008 (63).

2.4.3 Intérêt de l'étude

Au delà d'un simple état des lieux, ce travail représente une tentative d'étude épidémiologique locale. Le médecin généraliste agit à cet échelon, et la prévention entre pleinement dans son champ d'actions. Il ne dispose pourtant, dans la grande majorité des cas, que de données de santé publiques nationales ou régionales. Comment peut-il alors cibler les besoins locaux en matière de prévention (quel qu'en soit le domaine) ? Et, quand des actions locales sont mises en place, sur quelles données les évaluer ? Ces questions sont d'autant plus importantes que la spécialisation de la médecine générale implique de plus en plus l'évaluation de la pratique, et donc d'actions locales.

3 Campagnes d'éducation et d'information : études et perspectives

3.1 Objectifs

L'objectif principal était de trouver des méthodes envisageables d'intervention de prévention à mettre en place localement.

L'objectif secondaire était de répertorier différents exemples d'actions de préventions menées en France et à l'étranger.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Recherche bibliographique

Cette recherche a été effectuée au moyen de sources internationales.

MOTEURS DE RECHERCHE :

- Médicaux : Pubmed, Cismef ;
- Généraux : Google.

SOURCES :

Bases de données consultées :

- Scopus ;
- the Cochrane Library ;
- EM Premium ;
- La Banque de Données en Santé Publique ;
- Medline ;
- Cismef.

Sites institutionnels :

- Légifrance ;
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Ministère de l'Education Nationale (portail éducol) ;
- Ministère de la Santé ;
- La documentation française ;
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec ;

- Site de la Santé Sexuelle Suisse ;
- National Health Service (Royaume Uni) ;
- Centre d'Analyse Stratégique (CAS) ;
- Observatoire Régional de Santé en Bourgogne.

Ouvrages spécifiques :

Certains ouvrages ont été consultés sur place à la bibliothèque de l'Université de Lorraine avec, comme aide à la recherche, le catalogue disponible sur Internet (exemple « Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée », de Maud Gelly, Bibliothèque du féminisme)

MOTS CLÉS ET OPÉRATEURS BOLÉENS :

Francophones :

« prévention » OR « éducation » ;

AND « grossesse » OR « interruption volontaire de grossesse » OR « contraception » ;

AND « adolescents » OR « médecine générale » OR « suisse » OR « québec » OR « canada ».

Anglophones :

L'outil de traduction utilisé a été l'outil terminologie du Cismef, les mots clefs retenus l'ont été parmi le glossaire « MeSh » de Medline :

« prevention » OR « education » ;

AND « pregnancy » OR « abortion , induced » OR « contraception » ;

AND « adolescents » OR « general practice » OR « netherlands » OR « united kingdom » OR « canada ».

3.2.2 Carte heuristique

La carte heuristique (représentation arborescente de données) a été réalisée à propos des sources d'information et de prévention en matière de sexualité et de contraception pour les différentes cibles dans la population. Cela a permis de faire une sorte de « brainstorming » sur ce sujet.

Elle a été construite à l'aide de yEd Graph Editor, logiciel en téléchargement gratuit.

3.3 Résultats

3.3.1 Actions de prévention existantes et intervenants ; limites des moyens mis en œuvre

3.3.1.1 Groupes cibles de la prévention des IVG et des grossesses non prévues

Faut-il parler de prévention des IVG ou de prévention des grossesses non prévues ? Dans la première partie de ce travail, nous avons vu que toute IVG n'était pas issue d'une grossesse non prévue et que, inversement, toute grossesse non prévue n'aboutissait pas à une IVG (environ 2/3). Les facteurs conduisant à une grossesse non prévue et à la décision de recourir à l'IVG sont multiples. **Il convient donc d'évoquer plus globalement une information et une éducation à la sexualité.**

À quel public ces mesures sont-elles adressées ?

Comme le souligne la Direction générale de la santé (DGS) (59), « *l'ensemble de la population en âge de procréer, à un moment ou à un autre de sa vie, est potentiellement concerné par la planification des naissances : si on retient la tranche d'âge 15-50 ans, c'est 53% de la population féminine et 55,9 % de la population masculine, soit globalement 30 millions de personnes qui sont en France concernées par l'utilisation d'une contraception au cours de leur vie (données INSEE 2004)* ».

Des hommes et des femmes de tous âges et de tous milieux sont donc concernés. C'est dans ce contexte que sont développées des actions de grande envergure (campagnes nationales) à destination du grand public. Cependant, des groupes dits « à risque » sont à prendre en compte.

Ainsi, selon les données de la Drees exposées en première partie, les taux de recours à l'IVG ont augmenté de 1990 à 2006 pour **les moins de 25 ans**. L'accès à l'information n'est pas toujours possible par l'intermédiaire du milieu familial. L'accès au système de santé peut leur être compliqué. Outre le fait d'éviter à de très jeunes femmes l'expérience potentiellement traumatisante de l'IVG, ou de leur épargner les conséquences sociales et psychologiques d'une maternité précoce, il existe trois

autres raisons d'intervenir spécifiquement pour ces jeunes (garçons et filles) (72) :

- La fertilité pour cette classe d'âge étant élevée, le risque de grossesse non désirée en cas de rapport non protégé est important.
- Un âge jeune à la première IVG est un risque statistique important d'IVG à répétition.
- Une éducation dès le début de la vie sexuelle permet d'espérer un effet d'apprentissage permettant aux jeunes d'apprendre à gérer leur vie sexuelle sur le long terme.

L'éducation à la sexualité destinée à ce groupe est essentiellement dispensée à l'école, ce qui exclut **les jeunes exclus du système scolaire classique**. Ils forment un second groupe particulier. Les jeunes relevant d'instituts médico-éducatifs, par exemple, ont certaines lacunes rendant nécessaire une adaptation de l'information, information qui reste cependant primordiale. Les apprentis en formation professionnelle ont une formation théorique alternant avec des périodes de stage. Cet emploi du temps ne favorise pas la mise en place d'actions de prévention, qui ne sont d'ailleurs pas systématiquement au programme si le diplôme préparé ne dépend pas de l'Éducation nationale. Pourtant, comme le souligne le rapport de l'Igas (44), ces jeunes évoluent souvent dans un environnement où la sexualité est un sujet tabou, où les échanges familiaux sont pauvres. Mentionnons également les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), qui se caractérisent (59) par une sexualité plus précoce, un recours à la contraception moins fréquent, et qui sont plus souvent confrontés à la violence sexuelle (comme auteurs ou victimes). Il convient de remarquer que l'ensemble des jeunes sont des cibles faciles pour certains médias à caractère pornographique, parfois principales sources d'information de ce public. D'après le dernier rapport du Pr. Nisand (73), « 30% des consommateurs de pornographie sont des adolescents, âgés de 13 et 14 ans ». Les jeunes, qui veulent apprendre le comportement à adopter avec leur partenaire et ce qu'il attend d'eux, reçoivent une image totalement déshumanisée de la sexualité. Leur comportement s'en voit durablement influencé.

Le troisième groupe à risque est constitué par **les femmes en situation de précarité**, de difficultés sociales ou financières. Ces femmes, comme nous l'avons également mentionné en première partie, sont souvent victimes de violences, et

dépendantes par rapport à leur conjoint ou à leur famille. Leur accès à l'information et aux moyens contraceptifs est particulièrement difficile. Elles ont donc besoin d'un accompagnement spécifique.

Ces populations à risque sont déjà prises en charge spécifiquement par des mesures nationales ou par des initiatives locales qui seront détaillées plus loin.

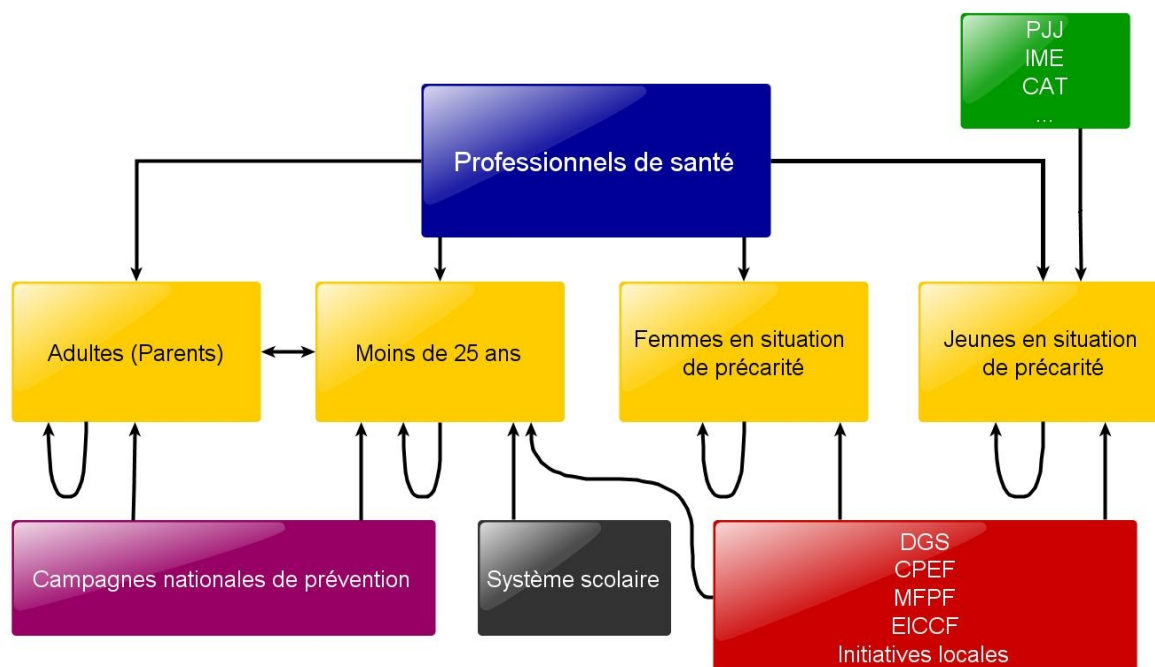
Les mesures d'information et d'éducation à la sexualité doivent s'adresser aux hommes et femmes de tous âges et de tous milieux.


Des populations dites « à risque » ont été identifiées :

- Les moins de 25 ans : leur fertilité est élevée, les jeunes femmes de moins de 20 ans ayant déjà eu une IVG sont plus à risque d'IVG itératives. Un effet d'apprentissage permet d'espérer que l'information qui leur est diffusée sera bénéfique tout au long de leur vie sexuelle et affective.**
- Les jeunes en marge du système scolaire, notamment ceux relevant d'IME ou de la PJJ.**
- Les femmes en situation de précarité, souvent dépendantes de leur entourage.**

3.3.1.2 Actions existantes et intervenants

Illustration n°13 : Sources d'information et de prévention en matière de sexualité et de contraception pour les différentes cibles dans la population (59 ; 60 ; 74)



Information véhiculée (flèche indiquant le sens de l'information) : 

DGS : Direction générale de la Santé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

EICCF : Etablissement d'information, de consultation et de conseil familial

MFPP : Mouvement français pour le planning familial

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

IME : Institut médico-éducatif

CAT : Centre d'aide par le travail

3.3.1.2.1 Les campagnes nationales

La première campagne grand public de promotion de la contraception est menée en 1981-1982 à l'initiative d'Yvette Roudy, ministre des Droits de la Femme. Plus de dix ans après la légalisation de la contraception par la loi Neuwirth, seul un tiers des femmes utilise un moyen de contraception. **Le manque d'informations et les fausses croyances véhiculent un sentiment de méfiance majeur** à l'égard des moyens contraceptifs alors à disposition (75). L'objectif de cette campagne, **l'affirmation du droit des femmes**, est ainsi rappelé par Yvette Roudy : « La contraception est un droit, chacun doit pouvoir s'informer et choisir en connaissance de cause » (76). Les messages sont diffusés par les médias (télévision, radios). L'accent est mis sur l'information des jeunes avec le développement d'un enseignement scolaire adapté.

La campagne nationale suivante n'a pas lieu avant 1992. Le message véhiculé est le suivant: « La contraception, ça devient simple quand on en parle ». Dans le contexte de la pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), l'accent est mis sur l'utilisation du préservatif, avec rétrospectivement un impact significatif. **L'importance du message de la prévention des IST fait passer au second plan celui de la contraception**, et développe une vision négative de la sexualité (44), car focalisée sur les risques encourus.

En l'an 2000 est menée une nouvelle campagne **exclusivement centrée sur la contraception, basée sur le constat de sa maîtrise insuffisante par la population et l'existence d'inégalités sociales**. Elle est orientée sur le choix de chacun de son moyen contraceptif : « La contraception, à vous de choisir la vôtre ». Des groupes cibles sont déterminés : les jeunes, qui doivent choisir une contraception adaptée et maîtriser le relais contraceptif préservatif/ pilule ; les célibataires, dont la contraception doit convenir à une sexualité épisodique ; et les couples, qui doivent trouver un moyen de contraception durable. Cette campagne est menée selon deux axes : pendant trois semaines, le front médiatique recourt pour la diffusion de l'information aux spots télévisés, aux messages radios et aux articles de presse ; le front dit « hors médias » correspond à une campagne de terrain. Douze millions de guides de poche (annexe 12) sont ainsi distribués dans les

établissements scolaires, les centres de planning familial, les organismes de santé, le réseau associatif... Une plate-forme téléphonique est également mise en place. Enfin, des actions locales impliquant l'Éducation Nationale, les Conseils Généraux, les DRASS et DDASS permettent de relayer la campagne au niveau local (journées portes ouvertes, débats, expositions, bus itinérants...) (77). Selon le dossier de presse de cette campagne, l'évaluation de son impact est tout à fait satisfaisante avec un bon taux de visibilité (50% des interviewés ont encore, trois mois après, la campagne à l'esprit) et surtout un bon accueil et une bonne compréhension des messages médiatiques. L'avis des experts est plus pondéré. Le rapport d'information sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, déposé en octobre 2000 (78) fait état, selon le rapport de l'INSERM de Mme Bajos, d'un défaut de formation des médecins au sujet de la contraception et d'une information insuffisante des patientes. Il mentionne aussi l'insuccès de la ligne téléphonique (payante) et des difficultés de mise en place des actions locales selon Mme Gaudry, du MFPF.

La sensibilisation de la population à l'utilisation de moyens contraceptifs est complétée en 2002 par une campagne intitulée « La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place » (44).

Une campagne triennale est lancée en 2007. Elle doit répondre de façon logique au besoin d'une information sans cesse renouvelée d'une population en évolution constante. Chaque année apporte effectivement son lot d'adolescents commençant leur vie sexuelle.

En 2007, la campagne est centrée sur le grand public et sur les jeunes de 15 à 30 ans. Elle est intitulée « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Son but est de **faire connaître les enjeux de la contraception et d'informer les femmes sur la possibilité de choisir un moyen de contraception adapté à chacune**. D'après l'INPES qui a analysé cette campagne, il en ressort une bonne mémorisation, notamment par les jeunes. Une personne sur cinq parmi les 20-30 ans aurait été incitée à changer de moyen de contraception suite à cette campagne (44).

« Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous ». La campagne en 2008 vise cette fois plus précisément les adolescents. Elle cherche à **démystifier les sujets de la contraception et de la sexualité afin d'inciter les jeunes à s'informer et à se responsabiliser** (79). Les moyens de

diffusion employés sont sensiblement les mêmes qu'en 2000 (adaptés aux nouvelles technologies) : télévision, radio, téléphones portables, Internet, et distribution d'un guide « Questions d'ados » (annexe 13). Suite au constat établi par l'INPES en 2007 (41) quant aux nombreuses lacunes des Français au sujet de la contraception et de la physiologie humaine, la campagne est également axée sur une information destinée aux couples de 20-30 ans (brochure « choisir sa contraception » diffusée à 7,5 millions d'exemplaires entre 2007 et 2008 dans les cabinets médicaux, centres de planification, centres de protection maternelle et infantile... annexe 13 bis). L'impact en 2008 est moins important qu'en 2007. Seuls 2 jeunes sur 10 restituent le message complet (« si on a des questions sur la contraception, on peut appeler ce numéro de téléphone »).

En 2009, le message diffusé est « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? ». Il parle de lui-même... L'accent est mis sur **l'implication des hommes dans l'enjeu contraceptif**.

Enfin, en 2011, une campagne à destination des femmes sous contraception orale est menée. Elle fait suite au constat de l'existence de la norme contraceptive selon laquelle de nombreuses femmes prennent la pilule sans que ce moyen contraceptif soit adapté à leur situation personnelle. Par l'intermédiaire d'un spot télévisé, par voie de presse et affichage, **cette campagne invite les femmes à faire le point sur l'adéquation de leur moyen contraceptif avec leur mode de vie**, et leur rappelle que d'autres moyens que la contraception orale peuvent être envisagés (80).

Cette campagne **cible également les professionnels de santé**, et en particulier les médecins généralistes qui considèrent, selon le Baromètre Santé médecins généralistes 2009 (81), la prévention liée à la vie affective et sexuelle comme celle faisant la moins partie de leur rôle. Or les médecins sont les premiers interlocuteurs auprès des femmes en matière de contraception. Il est donc indispensable qu'ils sachent prodiguer des conseils à ce sujet et prescrire des moyens contraceptifs adaptés à chaque patiente. C'est dans cette optique que l'INPES a distribué à leur attention un nouveau document: « La contraception : comment mieux la personnaliser ? » (annexe 14). Il a été également publié dans la presse professionnelle. L'INPES a d'autre part diffusé une carte aide-mémoire « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (annexe 14 bis) que les médecins ont été encouragés à donner à leurs patientes lors de l'initiation ou du renouvellement d'une contraception

orale.

L'évaluation de l'impact de ces campagnes sur le comportement des individus est délicate, surtout à court terme. **Il ne suffit d'ailleurs pas de diffuser une information à la population pour que les individus adaptent leurs comportements** (44).

Campagnes nationales d'information :

- **1981-82 : Affirmation du droit des femmes, diminuer la méfiance à l'égard de la contraception.**
- **1992 : Prévention des IST.**
- **2000 et 2002 : Constat de la maîtrise insuffisante de la contraception par la population, information sur les différents moyens contraceptifs.**
- **2007 : Promotion de l'adéquation de la contraception au mode de vie.**
- **2008 : Démystifier la contraception et la sexualité envers les adolescents avec un objectif de responsabilisation.**
- **2009 : Implication des hommes dans l'enjeu contraceptif.**
- **2011 : Lutte contre la norme contraceptive et information des professionnels de santé.**

3.3.1.2.2 Interventions en milieu scolaire

Le premier texte légal à propos de l'information à la sexualité en milieu scolaire date de 1973 (circulaire « Fontanet »). Elle est alors facultative (avec autorisation des parents). En 1993 puis en 1998, une circulaire du ministère de l'Éducation nationale la rend obligatoire (deux heures par an minimum en 4e et en 3e).

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation un article L. 312-16 selon lequel « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène* »(44). La mise en œuvre de ces dispositions est coordonnée selon une circulaire du ministère de l'Éducation nationale du 17 février 2003. L'éducation à la sexualité à l'école primaire doit être

assurée par le professeur des écoles ; elle doit s'intégrer autant que possible au reste du programme. Dans le secondaire, les séances sont organisées et planifiées par le chef d'établissement, avec intervention des professeurs, du personnel d'éducation, et la participation éventuelle d'intervenants extérieurs qualifiés.

Les dispositions actuelles ont l'avantage de **dispenser une éducation à la sexualité légalement obligatoire et généralisée à tout le cursus scolaire** (et non plus seulement aux adolescents).

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire a pour but de faire passer aux jeunes un message de prévention axé autour de cinq objectifs principaux (82) :

- analyser les enjeux, les contraintes, les interdits ;
- apprendre à intégrer les différentes dimensions de la sexualité (biologique, affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique) ;
- développer l'esprit critique ;
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective ;
- apprendre à connaître et utiliser les ressources disponibles.

Il s'agit donc, au delà d'un simple abord de la sexualité, **d'inculquer la notion du respect de l'autre et de développer des compétences psycho-sociales**.

Pour cela, il existe différents outils pédagogiques à disposition. Une mallette pédagogique, « Le bonheur d'aimer » a été distribuée dans les collèges en 2001 (annexe 15). Elle comporte des documents pour les professeurs, pour les infirmiers scolaires, une cassette vidéo et des brochures pour les élèves. Des guides d'intervention et de formation ont été édités par le centre national de documentation pédagogique (44).

« Le guide d'intervention pour les collèges et les lycées » (83) et « Le guide du formateur » (84) orientent les intervenants sur l'intégration de l'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires, les repères pédagogiques et éthiques à avoir, et donnent des éléments d'analyse sur « les dimensions relationnelles, sociales, culturelles et psycho-affectives de la sexualité » (83). L'INPES propose également un guide intitulé « Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet » (85) qui est un outil méthodologique d'accompagnement des équipes éducatives.

Le but de l'éducation à la sexualité n'est pas simplement d'informer, mais

d'accompagner les jeunes dans une réflexion commune leur permettant d'élaborer leurs propres réponses, tout en respectant les représentations et les valeurs culturelles de chacun. Et en tant qu'éducation et non d'information, l'objectif est aussi d'organiser une progression au cours des différentes séances afin d'apporter et de consolider des acquis. L'organisation de ces séances nécessite des réunions préparatoires avec les différents intervenants, et des adaptations en fonction du niveau des élèves. Les méthodes pédagogiques à disposition sont variées : groupe-débat autour d'une proposition donnée, méthode des « post-it » (chaque élève inscrit sur un post-it des mots ou des questions lui venant à l'esprit suite à une proposition énoncée, les post-it sont ensuite mis en commun puis regroupés en fonction des thèmes évoqués), abaque de Régnier (des affirmations sont énoncées, correspondant à des idées préconçues ou à la vérité ; chaque élève doit se positionner par rapport à ces affirmations, ce qui aboutit à un débat)... Les thèmes abordés sont vastes, comme la sexualité humaine, loi et sexualité, la puberté, la contraception, les infections sexuellement transmissibles...

En plus de cette approche globale de groupes d'élèves, une **prise en charge individuelle et spécifique pour la promotion de la santé** peut être proposée lors des bilans individuels réalisés par la médecine scolaire et lors des dépistages infirmiers.

Des initiatives locales sont mises en œuvre.

Ainsi à Montreuil, les professionnels d'un collège ont mis en place, avec l'aide des responsables locaux du MFPP et d'une troupe de théâtre des **séances de « théâtre-forum »**. Il s'agit d'un spectacle interactif où les comédiens mettent en scène des situations conflictuelles familières aux spectateurs qui sont invités à réagir et à modifier le scénario. Les acteurs le réinterprètent ensuite. On peut citer par exemple un mise en scène de la relation garçons / filles avec le cas d'une jeune fille soumise aux remarques sexistes de camarades de classe. D'autres scénettes peuvent être imaginées autour des thèmes de la contraception, l'avortement... Les jours suivant les représentations, des conseillères familiales animent des ateliers de débat autour du thème abordé, prolongeant et élargissant la réflexion (44).

Un autre exemple intéressant d'action locale est celui de l'expérience « **Info-Ado** », lancée dès 1992 à Poissy par le Pr. Nisand qui l'a ensuite transposée au CHU de Strasbourg en 1999. C'est une unité fonctionnelle du pôle de gynécologie obstétrique. L'objectif de ce projet est de diminuer les grossesses précoces en éduquant les jeunes à la sexualité par différents moyens. L'éducation en milieu scolaire en est un. Mais elle est complétée par l'accueil individuel anonyme et gratuit des jeunes en milieu hospitalier, que ce soit pour une consultation, un conseil ou la délivrance gratuite d'un contraceptif (préservatifs y compris). Un site Internet a également été ouvert afin que les adolescents puissent y poser leurs questions et obtenir les réponses adaptées de professionnels (gynécologues, pédiatres, psychologues et sages-femmes) en 24 heures (44 ; 86). Depuis 2007, contrairement à la tendance nationale, le nombre d'IVG par an chez les mineures recensés dans les hôpitaux universitaires de Strasbourg est en nette diminution (-7,8% en 2007, -14,3% en 2008...) (73).

- **Depuis le 4 juillet 2001 (circulaire de mise en œuvre des dispositions en 2003) : Obligation d'une information et éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées, à raison d'au moins 3 séances annuelles, par groupes d'âge homogène.**
- **Information à propos de la sexualité, du respect, et développement des compétences psycho-sociales.**
- **Outils pédagogiques variés (guide de l'INPES entre autres).**
- **Initiatives locales : exemple du « théâtre - forum » à Montreuil.**
- **« Info-ado » (Alsace) est une initiative dépassant le simple cadre scolaire, avec une prise en charge médicale individuelle, anonyme et gratuite. Ses retombées en terme de recours à l'IVG sont majeures.**

3.3.1.2.3 Mesures concernant les populations à risque

Des mesures de prise en charge hors milieu scolaire sont utiles pour les adolescents, soit en tant qu'initiatives complémentaires à l'éducation à la sexualité à l'école, soit en tant qu'uniques sources d'information pour les jeunes en marge du système scolaire dit classique (nous en avons précisé les circonstances plus haut). Des structures d'aides pour les femmes en situation de précarité sont également indispensables. Quels sont les dispositifs existant à ce jour ?

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) ont été mis en place suite au vote de la loi Neuwirth pour accompagner le développement de la diffusion de la contraception (74). Ces structures ont une approche globale de la sexualité prenant en compte les aspects éducatif, social et sanitaire. Des équipes pluridisciplinaires avec, en particulier, des conseillères conjugales et familiales permettent d'assurer une mission d'information, de prévention individuelle, et d'accompagnement de personnes victimes de violences. Seuls les CPEF disposent de compétences médicales. Les femmes peuvent y avoir un suivi gynécologique avec prescription d'un moyen contraceptif, tests de grossesse, délivrance de la contraception d'urgence ; certains centres proposent le dépistage et le traitement des IST, et la réalisation des IVG médicamenteuses. Les soins dispensés et les contraceptifs prescrits sont totalement gratuits pour les mineurs (30% du public accueilli), ces conditions pouvant parfois être étendues aux personnes majeures désirant garder la confidentialité de leurs démarches vis-à-vis de leur famille (74).

Selon le rapport de l'IGAS (74), **5 à 10% des moins de 20 ans fréquentent ces structures, et trouvent de bonnes réponses à des demandes individuelles. La situation est plus délicate pour les interventions collectives, dont les demandes dépassent largement les capacités de réponse.** Le public prioritaire est constitué par les scolaires, ce qui laisse peu de place aux jeunes déscolarisés, aux personnes handicapées, ou au public des structures sociales.

L'évaluation du dispositif formé par les CPEF et les EICCF est délicate car les remontées statistiques sont limitées par des faibles taux de réponse et une fiabilité relative.

Des actions sont menées en partenariat avec le MFPF, mouvement associatif historique.

Mentionnons également des initiatives par certains départements qui financent (de façon inégale) des centres d'hébergements et des centres d'accueil de demandeurs d'asile. Des actions générales d'information y sont menées ainsi que la prise en charge de femmes en demande de contraception ou d'IVG. La DGS a financé pour ces centres un **programme national mené conjointement avec le MFPF, intitulé « Contraception, sexualité, vulnérabilité »**. La DGS et le MFPF sont aussi à l'origine d'autres programmes (type alphabétisation, cuisine et couture) qui sont l'occasion d'aborder le sujet de la sexualité et de la contraception pour des femmes en difficulté par rapport à leur environnement familial (44).

Les « **maisons des adolescents** » sont des structures de prise en charge multidisciplinaires, où les jeunes peuvent consulter pour des motifs divers, médicaux (médecine générale, psychiatrie, thérapie familiale...) ou non (orientation scolaire...). Cependant, une information à la sexualité n'est pas systématiquement prévue, ce qui est d'autant plus regrettable que l'aspect multidisciplinaire de ces maisons pourrait être garant d'une certaine confidentialité sur le motif de recours.

Au delà de ces structures publiques réparties (parfois inégalement) sur l'ensemble du territoire, **des initiatives locales permettent de compléter une offre insuffisante** (horaires et capacités d'accueil insuffisants, demandes excédantes d'interventions collectives...).

Ainsi « **Tête à Tête** » est un espace situé dans une galerie marchande en Île-de-France où les jeunes peuvent se rendre individuellement. Il s'agit d'un **service relevant du conseil général, dispensant des informations de santé et de prévention**. Un accueil collectif est également organisé, destiné aux collèges et lycées classiques, mais aussi et surtout aux jeunes de centres de formation des

apprentis (CFA), d'IME et de structures de la PJJ. Un des objectifs de cette approche en groupe est de donner envie aux jeunes du public de revenir individuellement. **En 2008, 80% des personnes accueillies étaient venues spontanément** (44). Ce type de structure présente les avantages d'être un lieu ouvert, banalisé, facile d'accès.

Mais qu'en est-il en milieu rural ? **Il est difficile pour des jeunes ou des femmes sans moyen de locomotion de se rendre dans le CPEF ou une structure locale de prise en charge en toute confidentialité.**

Pour répondre à ce problème, différentes actions allant à la rencontre du public ont été développées.

Une initiative a été prise en 2002 dans la **vallée de la Bruche (Alsace)** par un gynécologue participant à l'action **Info-Ado, avec la participation de la CPAM locale**. Un protocole de prise en charge pour les mineurs a été mis en place auprès des médecins généralistes et des pharmaciens partenaires. Il garantit la confidentialité de l'entretien, les explications nécessaires, la gratuité des consultations et des contraceptifs (préservatifs y compris) via le tiers payant, sans information des parents (86).

En Lorraine, il convient de souligner l'action entreprise par « Les petits débrouillards de Lorraine ». Cette association a développé une **exposition pédagogique interactive itinérante, la « Sexothèque »** (annexe 16), allant au devant des collégiens, lycéens, apprentis en formation ou étudiants, mais intervenant aussi dans des IME, CAT, foyers de jeunes travailleurs ou Maisons familiales et rurales (87). Elle est présentée dans une localité différente toutes les semaines, avec l'intervention d'un animateur. Elle favorise un accès à la culture scientifique autour du thème de la sexualité et encourage le public à s'engager dans des actions locales. Le but est de **véhiculer des informations positives en valorisant le respect de soi et de l'autre, la tolérance, la responsabilité, et de parler de plaisir, de vie de couple, etc...**

L'exposition est divisée en trois espaces :

- l'exploratoire, lieu de découverte individuelle avec manipulations et expériences.
- le laboratoire, lieu d'échange collectif encadré par un animateur. Des expériences

ludiques permettent d'améliorer les connaissances à propos d'une thématique choisie.

- le centre de documents et de ressources met à disposition des livres, jeux, vidéos mais aussi des brochures de prévention permettant de susciter la curiosité des jeunes et de leur permettre d'élargir les thématiques.

Des animations avec des intervenants spécialisés (médecins, sages-femmes, artistes...) sont également organisées, sous forme de débat, de cafés scientifiques, d'ateliers de théâtre...

Les jeunes peuvent également s'investir dans des projets au-delà de la simple visite de l'exposition, en participant à un recueil sous forme de blog, en intervenant dans des actions régionales ou nationales (journée de lutte contre le Sida...). (88)

Une validation du projet par l'inspection académique de chaque département a été nécessaire pour obtenir l'autorisation d'intervenir au sein des établissements d'enseignement de l'Éducation nationale. Des partenariats ont été établis avec plusieurs associations, comme AIDES 88 qui a participé à la formation des animateurs sur le sujet du VIH.

Après les phases de mise en place du projet, la phase d'itinérance a commencé en octobre 2008. Le premier département lorrain à en bénéficier a été les Vosges. Entre 2008 et 2010, les 4 territoires de santé de proximités vosgiens (dont le Pays de Remiremont et des vallées, et notre zone d'étude) ont été couverts de façon homogène (annexe 17).

Chaque année, un bilan a été réalisé par l'intermédiaire de questionnaires de satisfaction auprès des accompagnateurs et des jeunes visiteurs. Il en ressort globalement un très bon accueil par tous : interactivité de l'exposition, diversité des supports, ressources documentaires complètes et adaptées, cadre sécurisant favorisant la prise de parole... L'exposition est souvent complémentaire aux informations déjà dispensées aux visiteurs et sert parfois de tremplin aux projets des établissements locaux. De nombreux accompagnateurs demandent de prévoir une nouvelle intervention de la sexothèque pour leur structure (89).

Enfin, une initiative particulière a été prise par le conseil général de la Marne. Une **cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité (CDADS)** a été mise en place en 2002. Ce dispositif a pour but de prévenir les violences sexuelles, de prendre en charge les victimes et les auteurs et, plus

globalement les mineurs et adultes en « mal-être » sexuel. Le besoin de ce type de structure a été exprimé en 1997 par des professionnels sociaux se sentant désarmés face à des situations où la sexualité était responsable de souffrances, avec des répercussions sociales. Il n'y avait pas de prise en charge particulière au niveau sexuel suite à des signalements.

Un programme d'éducation sexuelle a donc été développé, valorisant une approche intégrative de la sexualité : l'objectif est de guider les jeunes dans les acquisitions nécessaires telles que l'autonomie, les notions de responsabilité et de plaisir, d'estime et de confiance en soi...

Le fonctionnement de ce dispositif est le suivant :

- les personnes en difficulté sont repérées par les professionnels médico-sociaux ;
- elles sont ensuite prises en charge par un personnel « relais », formé à l'éducation à la sexualité, dont le rôle est d'assurer une prévention primaire et secondaire ;
- des consultations médicales orientées en sexologie sont accessibles lorsqu'une prise en charge thérapeutique est nécessaire.

Si possible, les parents des mineurs sont informés de ces démarches.

Le CDADS travaille en partenariat avec d'autres intervenants comme des pédopsychiatres, psychologues, magistrats, éducateurs de la PJJ... afin d'assurer une prise en charge globale.

Les résultats obtenus ont été encourageants : 80% des victimes de violences sexuelles, 68% des auteurs et 88% des jeunes en mal être ont bénéficié d'un rééquilibrage affectif avec une amélioration de leur comportement sexuel et global (voir tableau en annexe 18 pour les critères d'évaluation). (90)

Toutes ces mesures locales sont la preuve d'une volonté éducative indiscutable. Les évaluations en terme de satisfaction sont encourageantes. Mais, à l'exception « d'Info Ado », leur impact réel sur la population (taux d'IVG, taux de grossesses non désirées) n'a pas été évalué.

- ➔ **CPEF, EICCF** : approche de la sexualité sous les aspects éducatif, social et sanitaire (médical pour les CPEF). Prise en charge gratuite des mineures. Interventions individuelles et collectives. Partenariat avec le MFPF.
- ➔ **Actions départementales** par la DGS et le MFPF dans des centres d'hébergement (« Contraception, sexualité, vulnérabilité »).
- ➔ **Maisons des adolescents** : structures multidisciplinaires.
- ➔ **Actions locales** :
 - **Info-ado, vallée de la Bruche** : protocole de prise en charge locale et confidentielle des mineures.
 - **Sexothèque (Lorraine)** : exposition pédagogique interactive itinérante.
 - **CDADS** : dispositif de prise en charge des violences et du « mal-être » sexuels.
- ➔ **Les CPEF et les EICCF** apportent une bonne réponse aux demandes individuelles, mais moins pour les demandes d'interventions collectives. Les données statistiques concernant ces dispositifs sont peu exploitables (faibles taux de réponses).
- ➔ **A l'exception « d'Info Ado »**, l'impact réel des mesures locales sur la population (taux d'IVG, taux de grossesses non désirées) n'a pas été évalué.

3.3.1.2.4 Rôle des acteurs de santé

La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires (HPST) a modifié les modalités de prescription et de délivrance des moyens contraceptifs.

Désormais, une patiente en possession d'une ordonnance datant de moins d'un an peut se la faire renouveler pour 6 mois maximum par un(e) infirmier(ère).

Si elle détient une ordonnance périmée depuis moins d'un an, une patiente peut se faire délivrer la pilule pour 6 mois par le pharmacien, dont le rôle dans la prévention des grossesses non désirées a par ailleurs été redéfini par le décret du 9 janvier 2002 (précisant les conditions de délivrance de la contraception d'urgence). Le pharmacien doit ainsi conduire un entretien avec toute personne mineure demandant un recours à la contraception d'urgence afin de s'assurer qu'elle relève bien de cette prise en charge et lui en expliquer les modalités. Il a également un devoir d'information sur les IST, sur l'existence de moyen contraceptifs réguliers et sur l'importance d'un suivi médical régulier.

La loi HPST a élargi les compétences des sages femmes dans le suivi gynécologique et la prescription de moyens contraceptifs sans restriction, si ce n'est les situations pathologiques devant amener à une consultation médicale (59).

Selon le rapport « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication » de l'IGAS en 2009 (44), **le milieu médical constitue la première source d'information pour la population générale**. Pourtant, seulement 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer leur suivi gynécologique (suivi de grossesses, contraception, dépistage et traitement des IST, cancers gynécologiques, ménopause et prise en charge de la stérilité) (91). Or c'est souvent lors de ce suivi qu'est abordée la prévention.

Pourtant, d'après des données issues de l'enquête EPILULE (menée en 2003 auprès de 208 médecins), la **prescription d'une contraception est initiée par le médecin généraliste pour la moitié de leurs patientes** (et par le gynécologue pour l'autre moitié). La proportion atteint 60% des patientes de médecins généralistes femmes (43). Toujours dans cette étude, 86% de généralistes se disent

à l'aise pour s'occuper de la contraception de leurs patientes. L'institut BVA explique cette différence entre le crédit accordé par les femmes à leur généraliste pour leur suivi gynécologique et leur recours réel par le faible effectif de gynécologues et les délais de rendez-vous (91).

Ces données **confirment de fait une implication des médecins généralistes dans le suivi gynécologique de leurs patientes et dans la prévention, avec cependant bon nombre de praticiens pour lesquels l'abord de ce sujet n'est pas facile** (40% selon le baromètre santé de 2009, 81).

Une initiative intéressante a été prise par la faculté de médecine de Marseille, avec la création d'un **module optionnel d'éducation à la sexualité et à la contraception** (44). Des étudiants sont formés sur les comportements sexuels à risque, les méthodes de contraception, la prévention des IST... Ils interviennent ensuite auprès des scolaires pour véhiculer des messages de prévention. Les futurs médecins sont ainsi formés dans le domaine de la contraception et de l'éducation à la sexualité. La mise en pratique immédiate de leurs connaissances auprès de jeunes scolarisés permet d'informer les adolescents, le contact avec de jeunes adultes favorisant probablement le dialogue. C'est aussi pour les étudiants l'occasion de se sensibiliser à l'importance de la prévention, élément primordial de leur future pratique.

- **Loi du 21 juillet 2009 : élargit les modalités de prescription et de délivrance des méthodes contraceptives.**
- **Selon l'IGAS, le milieu médical constitue la première source d'information pour la population générale en matière de prévention des grossesses non désirées.**
- **20% des patientes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer leur suivi gynécologique.**
- **Les médecins généralistes initient la prescription d'un moyen contraceptif pour la moitié de leurs patientes.**

3.3.1.3 Limites des moyens de prévention

Les sources d'information concernant la sexualité, la contraception et la prévention des conduites à risque sont donc multiples. Pourtant, l'étude menée par l'INPES en 2007 (41) faisait état de nombreuses lacunes dans les connaissances des Français à propos de la contraception. Des campagnes nationales avaient déjà été menées, l'éducation à la sexualité à l'école était déjà légalement obligatoire, les différentes structures destinées à la population générale (CPEF...) existaient déjà.

Que penser de l'impact des campagnes nationales menées depuis 2007 ?

On peut difficilement incriminer la rareté des campagnes. On peut par contre remarquer l'absence de communication concernant l'IVG, les informations véhiculées étant plus centrées sur la contraception et les IST (44). Leurs messages semblent bien intégrés par la population ciblée sur le court terme. Mais nous avons vu que l'estimation de l'impact de ces campagnes est difficilement évaluable à moyen et long terme. Selon le Pr. Nisand (73), il serait en tout cas trop faible pour justifier les investissements que représentent ces campagnes qui, par ailleurs, répètent les même messages simples a priori bien intégrés par la population. **Informé ne suffit pas pour influencer sur les comportements.** Encore faudrait-il savoir où et comment se procurer ces moyens de contraception. **Il semblerait plus judicieux que ces campagnes soient orientées vers les adultes pour les informer des actions menées à l'école auprès de leurs enfants (73).**

On pourrait penser que le système scolaire apporte toutes les réponses aux jeunes. La loi de 2001, avec une circulaire d'application en 2003 prévoit effectivement une information et une éducation à la sexualité obligatoires (59). Selon l'IGAS (44), cette circulaire « souligne que l'éducation à la sexualité « *doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun* » mais elle souligne aussi que cette éducation « *se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui* » et qu'elle doit « *affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de vivre* » ». L'exercice de cet enseignement est donc délicat, certains professeurs et parents craignant que l'information soit en fait une incitation pour les jeunes à avoir des relations sexuelles précoces. Il a été montré qu'en fait, plus le sujet est tabou, plus la curiosité est

stimulée et le risque de passage à l'acte important (73).

Malgré un encadrement législatif clair, cette obligation légale n'est pas toujours correctement appliquée, et rarement avant la classe de quatrième, ce qui est déjà tard pour lutter contre des préjugés (72). Outre des **problèmes de financement** (les modalités de prise en charge des frais liés à l'application de la loi sont floues), les équipes éducatives sont confrontées à des **difficultés méthodologiques et organisationnelles**. Une approche dite « transmatières » est recommandée, avec l'implication de personnes qualifiées extérieures et des visites de centre de planification et d'éducation familiale. Comment intégrer toutes ces interventions au programme ? Comment et avec qui les organiser ? Comment agencer les emplois du temps des différents intervenants ? **L'information et l'éducation à la sexualité des élèves dépend beaucoup de la dynamique locale des établissements dont les moyens sont limités (44 ; 59).**

Le sujet des personnes dites « à risque » est soulevé par différentes structures nationales, départementales, publiques ou associatives.

Les CPEF et les EICCF sont confrontés à des **problèmes de financement**. Des **inégalités départementales** existent, avec des problèmes d'accès en zone rurale notamment, et des horaires parfois incompatibles avec ceux des jeunes qui auraient besoin de ces services. Pour la population, **la visibilité des différents organismes est difficile**, avec souvent une confusion entre le CPEF (à vocation sanitaire, dépendant de la protection maternelle et infantile et financé par les conseils généraux) et le MFPP (association) ; les EICCF sont peu connus du public (à vocation sociale, et financés par l'État) (59 ; 73).

Les mauvaises remontées statistiques et l'absence d'exploitation de données limitent les informations en retour aux Conseils Généraux. Dans ces conditions, le pilotage et la cohérence des structures sont délicats (74).

De nombreuses initiatives locales sont développées. **Les mesures prises sont, par définition, limitées. Pour la plupart, leur impact statistique n'est pas évalué.**

La PJJ n'a pas d'équivalent des médecins scolaires, ses infirmières ne disposent pas du droit de délivrer la contraception d'urgence. L'IGAS relève la solitude des éducateurs qui n'ont pas de formation adaptée, et qui voient souvent s'opposer l'hostilité de leurs collègues et de leur hiérarchie à la prise d'initiative dans

le domaine de l'éducation à la sexualité des jeunes concernés (44 ; 59).

Quant au rôle des acteurs de santé, force est de constater que le médecin généraliste n'a pas beaucoup de crédit aux yeux des femmes pour leur suivi gynécologique (91).

Quelles sont les représentations qu'ont les médecins généralistes de leur rôle de prévention en matière de sexualité et de contraception ? Selon le Baromètre Santé médecins / pharmaciens de 2003, **98,6% des médecins généralistes considéraient que la prévention en matière de comportements sexuels à risques faisait partie de leurs attributions (92), contre 80% en 2009 (81). D'après ce dernier rapport, le rôle du médecin généraliste à propos de la prévention concernant la vie affective et sexuelle arrive en dernière place** (après les thèmes du risque cardiovasculaire, du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'activité physique, de l'alimentation et de la consommation de cannabis). Il est également mentionné qu'**il s'agit du thème le moins facilement abordé par les médecins**. Comment s'explique cette différence entre 2003 et 2009 ? Il semble peu probable que le comportement des médecins ait tellement changé en 6 ans. En 2003, les thèmes de la prévention (or vie affective et sexuelle) d'une part et de la contraception du VIH et des comportements sexuels à risques d'autre part étaient abordés dans deux chapitres différents. En 2009, la prévention concernant la vie affective et sexuelle était intégrée aux autres thèmes de prévention. On peut penser que ces deux perspectives différentes ont permis de mettre en évidence que **si les médecins généralistes se sentent impliqués dans la prévention liée à la sexualité, cela reste pour eux un sujet plus délicat que les autres thèmes de prévention**, ce qui est probablement un reflet de l'aspect tabou de ce thème dans notre société.

Cette situation pourrait-elle être liée à une formation insuffisante des futurs médecins généralistes et à des conditions d'exercice médical peu favorables à une prise en charge correcte des patientes ?

D'après l'arrêté du 19 octobre 2001, relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (93), les internes en médecine générale doivent obligatoirement effectuer un stage en gynécologie et pédiatrie (dans les faits : un stage dans le pôle mère/enfant). De plus, un diplôme universitaire de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique a été créé à l'attention des médecins généralistes ; ils ont

également la possibilité d'effectuer des formations médicales continues (FMC) afin d'améliorer leurs connaissances et leurs pratiques dans ce domaine.

Selon Maud Gelly (94), dans son ouvrage intitulé « Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée », des lacunes existent dans la formation initiale des futurs médecins, cantonnés à leur rôle de prescripteurs.

D'une part le programme d'enseignement prévoit d'aborder les aspects légaux, les techniques envisageables, les complications et répercussions de l'IVG. Quant à la contraception, l'enseignement est orienté sur les modalités de prescription et les complications. Ces sujets sont abordés en insistant sur les contre-indications et les complications, en leur faisant place de façon excessive par rapport à leurs fréquences réelles, contribuant ainsi à les dramatiser auprès des étudiants. **Le contenu du programme est donc, selon elle, « technique » et plus ou moins orienté. Il ne permet pas de répondre à des besoins sociaux de santé. L'étroitesse de la formation des futurs médecins généralistes est également soulignée par l'IGAS (59).**

D'autre part, les étudiants ne sont pas préparés au **mode relationnel inhabituel médecin / patient dans ce contexte**. Le médecin est face à un patient sain posant lui-même une indication de prise en charge médicale, concernant sa sphère intime. Ce qui suit devrait être valable pour toute prescription, mais l'est sûrement plus encore quand il s'agit de prévention. La prescription va demander une prise en compte, en plus de l'aspect médical et des souhaits du patient, de ses conditions de vie. Il s'agit d'un partenariat, et le message de prévention associé à la prescription va demander un temps d'échange important, avec des explications détaillées sur le mode de fonctionnement du contraceptif prescrit et sur la conduite à tenir en cas de problème.

Ces conditions de prise en charge globale sont chronophages, elles nécessitent une formation complémentaire et une forte implication de la part du professionnel de santé. Une telle pratique est difficilement réalisable concrètement en médecine de ville dans un contexte de tarification à l'acte dont la spécificité mériterait d'être reconnue (59).

- **Campagnes nationales** : peu voire pas de communication quant à l'IVG. L'impact à moyen et long terme est difficilement évaluable, il ne semble pas être majeur.
- **Système scolaire** : l'obligation légale d'éducation à la sexualité n'est pas toujours correctement appliquée. Des problèmes de financement et d'organisation rendent la qualité de l'enseignement dépendante de la dynamique locale des établissements.
- **CPEF et EICCF** : sont confrontés à des problèmes de financement, de cohérence des structures. D'importantes disparités départementales existent. La visibilité des différents organismes pour la population est difficile.
- **Initiatives locales** : par définition, les mesures prises sont limitées, et leur évaluation en terme statistique est le plus souvent inexistante.
- **PJJ** : Système n'ayant pas d'équivalent de médecin scolaire. L'IGAS souligne la solitude des éducateurs en matière d'éducation à la sexualité.
- **Les médecins généralistes** se sentent impliqués dans la prévention liée à la sexualité, mais ils trouvent ce sujet délicat à aborder avec leurs patients. La formation initiale à propos de la contraception et de l'IVG semble insuffisante.

3.3.2 Exemples d'actions menées à l'étranger

3.3.2.1 Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, un changement d'état d'esprit majeur s'est opéré dans les années 1960-70, suite à la légalisation de la contraception. Des campagnes d'information, des débats ont été mis en œuvre. La société, auparavant centrée autour de valeurs familiales traditionnelles, s'est alors tournée vers un climat culturel ouvert dénué de jugement moral et prônant le consensus. Cela a favorisé **l'acceptation de la sexualité des jeunes et la prise de conscience de l'importance de la prévention des grossesses non prévues**. La culture de la planification familiale est très développée, d'accès gratuit et anonyme. Une information sur le corps, le lien entre les filles et les garçons, l'estime de soi, la prévention de la violence est apportée aux **enfants dès l'âge de 4 ans** et jusqu'à 12 ans, lors de la semaine dite « du papillon ». Ces notions sont véhiculées par des activités ludiques, des cours, avec une **implication des parents**. Pour les 12-16 ans, l'information comprend la notion de comportements sexuels à risques, mais inclut la composante émotionnelle de la puberté, le rôle des genres, l'homosexualité... (95).

La prévention des grossesses non désirées est considérée comme un devoir public. De ce fait, **la contraception orale, les diaphragmes, les dispositifs intra-utérins et la stérilisation sont pris en charge totalement par le système de sécurité sociale. Les moyens contraceptifs sont gratuits pour les mineurs**. Une prévention des IST est associée à celle des grossesses non désirées par la promotion auprès des adolescents du « **double Dutch** », association du préservatif et de la contraception hormonale. Cette association est employée par 71% des Néerlandais de 15 à 19 ans contre 33% des Français du même âge (72 ; 96).

L'ensemble de ces mesures, à la fois campagnes ambitieuses de communication et politiques d'accès volontaristes à la contraception, expliquent que ce pays a le taux global d'IVG le plus bas des pays occidentaux, et ce malgré un recours autorisé jusqu'à 24 semaines d'aménorrhée.

3.3.2.2 La Suisse

Le taux de fécondité et de recours à l'IVG des 15-19 ans sont les plus bas d'Europe en Suisse (73 ; 95). En Suisse romande, **les campagnes d'information sont menées par des intervenants associatifs payés par les pouvoirs publics**, comme Santé Sexuelle Suisse, qui défend un travail compétent d'information et de conseil en matière de grossesse, contraception et sexualité (97). Cette organisation à but non lucratif est le membre suisse de l'IPPF. Elle revendique une conception libre et positive de la sexualité, et le droit de chacun à bénéficier d'une éducation adéquate à la sexualité. Elle aborde dans ce domaine le thème de la santé (IST, grossesse, contraception, IVG...), mais aussi la prévention de la violence sexuelle, la notion de genre et de l'identité sexuelle, le comportement, la sexualité dans les médias... **Ce genre d'association intervient dans les écoles au moins une fois par an, et ce à tous les niveaux scolaires. Les enseignants sont amenés à collaborer avec les intervenants. Des rencontres avec les parents sont organisées afin de prodiguer des conseils individualisés.** Une uniformisation des programmes à l'échelle nationale était en cours en 2011 (72).

Côté accessibilité, les moyens contraceptifs sont payants. Un dispositif de réseau de centres de consultations en santé sexuelle et reproduction a été mis en place, couplé à un site Internet permettant de recenser les centres, leur localisation et les services proposés (98).

3.3.2.3 Le Québec

La tendance de l'évolution des IVG au Québec est à la baisse depuis environ 2001, avec - comme en France - le taux le plus élevé pour les 20-24 ans (31 pour mille en 2010). La diminution globale des IVG chez les 15 à 44 ans semble essentiellement liée à une diminution chez les 15-29 ans, avec un taux à 18 pour mille pour les 15-19 ans en 2010 (contre environ 22 pour mille en 2001) (99). Ces chiffres sont certes plus élevés qu'en France (taux à 15,2 pour mille pour les 15-19 ans et 26,7 pour mille pour les 20-24 ans en 2009, 30), mais, contrairement à notre pays, en diminution depuis plusieurs années. Quelles sont les politiques de prévention mises en œuvre ?

3.3.2.3.1 Le système scolaire

Depuis plusieurs années, le Québec **intègre l'éducation à la sexualité tout au long du parcours scolaire, non pas comme activité isolée, mais dans un contexte global**. Selon le document officiel du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (100) et du Ministère de l'Éducation, les changements sociaux de ces dernières décennies ont abouti à une société hypersexualisée à laquelle les enfants et adolescents sont exposés. Il faut donc **les informer et les amener à réfléchir sur le sens et les valeurs des messages qu'ils perçoivent**. De simples activités pédagogiques isolées ne suffisent pas à atteindre cet objectif.

Le **premier acteur de l'éducation à la sexualité est l'enfant lui-même**, enfant en quête d'informations et de repères. Il doit être encouragé à acquérir un comportement responsable.

Les **premiers responsables de l'éducation des enfants sont les parents qui, dans un climat de confiance, doivent favoriser le dialogue et transmettre des valeurs à leurs enfants. Leur rôle est également de renforcer les actions accomplies par l'école**. Pour les aider dans ce devoir, ils peuvent trouver des ressources au sein des écoles même, dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), organismes publics offrant des services de santé de première ligne pour la population québécoise. Une brochure à l'attention des parents pour discuter de sexualité avec leurs enfants, élaborée par le gouvernement québécois, y est disponible. On la retrouve aussi sur Internet (101). Des ressources documentaires et des contacts avec des organismes y sont mentionnés. Les CLSC distribuent d'autres brochures pour favoriser le dialogue parents / enfants sur les IST, la contraception, l'homosexualité... Pourtant les parents ne sont pas toujours disposés à remplir ce rôle, par embarras, maladresse... De plus, les jeunes s'éloignent parfois de leurs parents à un certain âge.

L'école représente donc un cadre officiel d'apprentissage. Il s'agit d'un lieu de vie et l'éducation à la sexualité doit s'intégrer à une vision globale de la personne. Les enseignants ne se limitent pas à une simple transmission de connaissances. Ils adoptent une démarche d'éducation liant les situations observées quotidiennement aux apprentissages disciplinaires et aux « réalités biosociosexuelles » (100). Des intervenants les secondent afin de les aider à intégrer

les notions aux programmes scolaires. Ces professionnels (professeurs et intervenants) bénéficient de formations continues, de ressources documentaires comme les publications officielles (100), ou le magazine « Ca s'exprime », qui propose des interventions pédagogiques en fonction de différentes thématiques (le multiculturalisme, la grossesse à l'adolescence...) (102 ; 103). Du personnel de soutien est également impliqué : bibliothécaires pour faciliter l'accès aux ressources documentaires, éducateurs spécialisés pour collaborer à des projets éducatifs...

Les objectifs sont déclinés par catégories d'âge (100).

Pour les enfants d'âge préscolaire (jusqu'à 5 ans), l'éducation à la sexualité est présentée simplement sous forme ludique. Le thème principal abordé est l'identification des différences entre garçons et filles, ce qui constitue un préalable dans les premières démarches de prévention de toute forme d'exploitation, notamment sexuelle. Les connaissances des mécanismes liés à la grossesse et la naissance sont aussi abordées.

De 6 à 11 ans, les enfants sont particulièrement curieux et réceptifs. C'est la période propice pour améliorer leurs connaissances quant à la conception, à l'aspect multidimensionnel de la sexualité... et d'accentuer la prévention de l'exploitation sexuelle. C'est aussi la période pour prendre conscience de l'importance des relations interpersonnelles, pour exprimer ses craintes et ses espoirs à propos de l'amour. Les changements liés à la puberté sont présentés à la fin du primaire. Les jeunes apprennent ainsi à échanger sur l'intimité et l'affectivité en lieu sûr.

Enfin, les 12-17 ans, qui sont essentiellement préoccupés par « la normalité », sont amenés à débattre autour de multiples thèmes (image corporelle, stéréotypes sexuels et normes sociales, violence sexuelle, santé...). Cela leur permet de structurer leur personnalité en étant critique vis à vis des influences extérieures.

Des exemples d'activités sont disponibles en annexe (annexe 19).

D'autres documents ont été élaborés pour la prise en charge des enfants et adultes ayant une déficience intellectuelle (104).

3.3.2.3.2 Les ordonnances collectives

Afin de faciliter l'accessibilité aux moyens contraceptifs, le gouvernement québécois a mis en place un système d'ordonnances collectives. L'ordonnance collective est définie par le Collège des médecins du Québec (CMQ) de la façon suivante :

Il s'agit d'une « *prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles* ».

« *L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin. Cela implique que la personne faisant l'objet de l'ordonnance collective n'a pas à être vue préalablement par le médecin.* » (105)

L'ordonnance collective de contraception hormonale est rédigée par des médecins signataires à l'attention d'infirmières et de pharmaciens qui vont pouvoir, sous certaines conditions, **délivrer une contraception aux patientes sans consultation médicale préalable. Ce système permet à toute femme en bonne santé assurée par le système de Santé québécois et n'ayant pas d'ordonnance individuelle d'un moyen contraceptif d'y avoir accès pour une période maximale de 6 mois.** Elle bénéficie d'un entretien auprès d'une infirmière qui l'examine et élimine les contre-indications, puis la délivrance se fait en pharmacie. La patiente dispose également d'un service d'enseignement et de « counseling ». L'ordonnance n'est pas renouvelable, la patiente doit donc dans ce délai consulter un médecin afin d'obtenir une prescription individualisée. Les médecins signataires de ces ordonnances doivent avoir des plages horaires de consultations réservées à ces patientes (106). Les médecins signataires et les infirmiers sont clairement identifiés sur l'ordonnance (annexe 20).

3.3.2.3.3 Acteurs de santé

Mentionnons enfin le guide établi par l'agence de santé publique du Canada à l'attention des médecins en matière de prévention des grossesses non désirées et des IST chez les adolescents (107). **Ce guide rappelle les différents moyens contraceptifs à disposition et promeut l'association d'une contraception orale et du préservatif chez les jeunes. Il donne également les mesures favorables à l'adoption d'un comportement contraceptif approprié chez les adolescents.**

Tableau n°8 : Mesures favorables à l'adoption d'un comportement contraceptif approprié chez les adolescents

1. Décrire le mode d'action des différentes méthodes contraceptives.	7. Exercer un suivi serré (toutes les 8 à 12 semaines).
2. Expliquer les effets secondaires potentiels.	8. À chaque visite, rappeler les instructions et insister sur l'importance de s'y conformer scrupuleusement.
3. Garantir la confidentialité.	9. Fournir le nom d'une personne ressource.
4. Expliquer tous les tests.	10. Féliciter verbalement les patients qui se présentent à toutes les rencontres de suivi et qui se conforment aux instructions fournies.
5. Donner des instructions tant verbalement que par écrit.	11. Téléphoner aux patients qui omettent de se présenter à leurs rendez-vous.
6. Fournir des échantillons lors de la première visite.	

L'ensemble de ces mesures peut aujourd'hui sembler relativement banal. Notons cependant que ce guide date de 1994, ce qui reflète une certaine anticipation en la matière.

3.3.2.4 Les États-Unis et le Royaume-Uni

Les États-Unis comme le Royaume-Uni ont mis en place une **éducation à la sexualité moralisatrice évoquant principalement l'abstinence comme moyen de prévention**. Retarder la sexualité des jeunes a pour objectif principal de diminuer le coût social des grossesses adolescentes abouties, dont 80% dans ces pays sont le fait de familles défavorisées. Ces grossesses non prévues des adolescentes représentent pourtant une forte problématique, avec, pour ces deux pays, des taux entre 57 et 58 pour mille en 2009 (22,6 pour mille en France cette même année) (72) **Les pays anglo-saxons ont plus axé leur politique sur un accès volontariste à la contraception que sur le versant informatif.**

En ce qui concerne les moyens contraceptifs, ces pays ont mis l'accent sur la promotion des moyens de contraception à long terme réversibles (stérilets et implants), dits LARCS (long acting reversible contraceptives), dont le rapport coût / efficacité est supérieur à la contraception orale. Aux États-Unis, des incitations financières ont par exemple été développées pour assurer leur promotion. Le

« Contraceptive CHOICE project » dans le Missouri est un programme de 2009 mettant à disposition gratuitement le moyen contraceptif de leur choix à des femmes de 14 à 45 ans considérées comme à risque de grossesse non désirée. Un professionnel leur expose les avantages et inconvénients de chaque méthode. Sur les 2500 premières bénéficiaires de ce projet, 56% ont choisi le stérilet et 11% un implant (contre 3% de la population générale qui choisit un LARC). Au Royaume-Uni, les médecins sont payés selon la qualité de leur travail. Ce système a intégré depuis 2009 deux indicateurs d'évaluation en fonction des informations données aux patientes sur les LARCS. (72)

La gratuité des moyen contraceptifs pour les mineures est contestée aux États-Unis par les conservateurs qui estiment qu'il ne s'agit pas d'un moyen de prévention satisfaisant. Elle reste donc ponctuelle, dans certains programmes communautaires comme celui cité ci-dessus ou encore dans celui dirigé par « Kirby, Douglas et al. » en 1991 ou celle de « Zabin et al. » en 1986 (107). Des services médicaux étaient gratuitement mis à disposition pour des élèves d'établissements scolaires sélectionnés, offrant des services d'éducation, d'information, médicaux et contraceptifs. Le succès de ces interventions est expliqué par un accès gratuit à des services de haute qualité, mais elles ne sont pas applicables à grande échelle.

Le Royaume-Uni a un système certes centré sur la promotion de la contraception, mais plus accessible. Ainsi les jeunes ont accès à des consultations médicales gratuites dès qu'ils sont jugés assez matures, et les moyens de contraception sont également gratuits. Des centres de dépistage des IST, de délivrance des moyens contraceptifs et d'information sur la sexualité ont été développés : les Sexual Health Clinics. La prescription d'un moyen contraceptif est également possible chez le médecin généraliste, dans les « GUM » clinics (genitourinary medicine)... Les possibilités sont diverses et pas toujours bien identifiables. Une plate-forme Internet a été créée : NHS (National Health Service) choices (108). Elle recense tous les centres existants, met à disposition des forum et des vidéos pédagogiques.

La prescription de moyens contraceptifs a par ailleurs été facilitée en 2002 par l'autorisation aux infirmières et infirmiers de prescrire et de poser des contraceptifs, sous réserve d'une formation. Une autre initiative a été prise en 2010 sur les îles Wight, où une plaquette de « pilules » pour un mois est donnée à chaque mineure

venant en pharmacie chercher une contraception d'urgence (avec le conseil de consulter rapidement) (72).

Des initiatives sont donc prises, mais sont-elles d'assez grande ampleur pour avoir un retentissement sur les taux de grossesses non désirées ? L'information donnée en parallèle aux prescriptions de moyens contraceptifs est-elle suffisante ?

→ Pays-Bas :

- **Acceptation par la population de la sexualité des jeunes, et prise de conscience de l'importance de la prévention des grossesses non prévues : diffusion de la culture de la planification familiale.**
- **Scolarité : information et prévention adaptée dès l'âge de 4 ans avec implication des parents.**
- **Les moyens contraceptifs sont gratuits pour les mineurs. La contraception orale, les diaphragmes, des DIU, la stérilisation sont totalement pris en charge par le système de sécurité sociale.**
- **Large diffusion du « double Dutch ».**

→ Suisse :

- **Campagnes d'information par des intervenants associatifs employés par les pouvoirs publics.**
- **Ils interviennent à tous les niveaux scolaires, en collaboration avec les enseignants. Des conseils individualisés sont prodigués aux parents.**

→ Québec :

- **Scolarité : Éducation à la sexualité intégrée tout au long du parcours scolaire, dans une démarche éducative globale. Le rôle éducatif des parents est souligné ; ils doivent renforcer les actions accomplies par l'école.**
- **Ordonnance collective : autorise (sous réserve de certaines conditions) la délivrance d'une contraception sans consultation médicale préalable, au maximum pour 6 mois.**
- **Implication des acteurs de santé : un guide de prévention des grossesses non prévues et des IST était publié à leur attention dès 1994 par le gouvernement canadien.**

→ États-Unis et Royaume-Uni :

- **Politique de prévention plus orientée sur le versant moralisateur (promotion de l'abstinence) et sur une politique volontariste d'accès à la contraception.**
- **Promotion des moyens de contraception à long terme réversibles**

(LARCs)

→ Royaume-Uni :

- **consultations médicales et moyens de contraceptions gratuits pour les jeunes.**
- **Dispositif pas très lisible : la NHS a mis en place une plate-forme Internet informative. Élargissement du droit de prescription de moyens contraceptifs aux infirmiers (sous réserve d'une formation).**

3.4 Discussion : les actions envisageables

Au vu des différentes actions menées à l'étranger, on peut dégager différentes pistes de travail exploitables.

Il paraît primordial de **modifier la perception de la sexualité des jeunes par la population générale, de se débarrasser de ce tabou**, pour que chacun (parent, enfant, enseignant, médecin...) puisse aborder ce sujet sans crainte de choquer son interlocuteur.

L'acceptation de la sexualité des jeunes permettrait d'une part **une prise de conscience de nombreux parents quant à leur rôle d'accompagnement éducatif**. En 1998, une étude américaine (109) a mis en évidence que les parents (et les mères en premier lieu), abordaient plus les notions d'IST que de contraception, des comportements liés à la sexualité ou des transformations physiques à la puberté. En est-il de même en France ? Nous avons vu en tout cas que les parents en France n'accompagnaient pas forcément d'eux-même leur enfant dans leur développement, qu'ils ne comprenaient pas toujours et même craignaient parfois l'éducation à la sexualité dispensée en milieu scolaire. Pour changer cela, une « éducation des parents » serait utile, afin qu'ils acceptent et renforcent les actions accomplies par l'école.

Désacraliser la sexualité (des jeunes et moins jeunes) favoriserait d'autre part probablement **l'implication des hommes en ce qui concerne la contraception**. Une étude suédoise (110) a révélé que si la paternité à l'adolescence est vécue comme une catastrophe par les garçons, ils estiment que les filles ont plus de responsabilité en matière de prévention de la grossesse. Elle montre également qu'ils ne s'impliquent pas dans la prise de contraception hormonale ou de contraception d'urgence par leur partenaire. Toujours d'après cette même étude, l'éducation scolaire étant jugée insuffisante, les garçons se tournent vers la pornographie pour « combler leurs lacunes ».

Le rôle de l'école est donc primordial pour apporter une information égale à tous, information globale sur le développement psycho-affectif, adaptée à toutes les catégories d'âge et débutée le plus tôt possible. La loi 2001 sur

l'information en milieu scolaire doit donc déjà être appliquée. Il serait intéressant que **les parents soient formés et informés** de l'enseignement donné à leurs enfants à ce sujet. Les équipes et les actions pédagogiques devraient être à la fois diversifiées et uniformisées afin que l'ensemble des jeunes aient un bagage semblable. Enfin, l'école devrait **promouvoir le « double dutch »** qui a si bien fait ses preuves aux Pays-Bas.

En ce qui concerne l'accessibilité à la contraception, la **gratuité des moyens contraceptifs pour les mineurs et les personnes en situation de précarité** semble primordiale, ainsi que **l'accès aux différentes structures sociales de prise en charge**. À propos de la prescription de moyens de contraception, la loi HPST a déjà permis de l'élargir aux sages-femmes, et le renouvellement aux infirmières et aux pharmaciens sous certaines conditions. Pourquoi ne pas aller plus loin dans cette démarche et s'inspirer de l'ordonnance collective québécoise ? Par ailleurs, la formation des futurs médecins au sujet de la contraception et de l'IVG devrait être réévaluée.

Retenons enfin qu'une revue de littérature réalisée en 2009 (111) a suggéré que la mise en œuvre simultanée d'interventions éducatives, d'acquisitions de compétences, de stratégies d'adaptation et d'interventions de promotions de la contraception permettait une diminution des grossesses non prévues chez les adolescentes ; mais que **chacun de ces moyens utilisé isolément avait peu d'effet**. Les résultats de cette étude ne sont pourtant pas suffisamment concluants pour qu'elle puisse servir de base pour des interventions (les 41 études retenues différant trop par leurs méthodologies respectives et leur base géographique).

Le sujet de la prévention en matière d'éducation à la sexualité implique une multiplicité d'acteurs, sur une large cible de population. L'impact d'initiatives locales, souvent non coordonnées, et dont le champ d'impact est le plus souvent trop étroit, paraît limité.

Synthèse

Ce travail est né d'une réflexion et d'interrogations sur la situation locale de l'IVG à Remiremont. Trois axes de recherche ont été développés : l'épidémiologie de l'IVG en France, l'état des lieux dans les environs de Remiremont, et les méthodes envisageables d'actions de prévention.

En France, le taux de recours à l'IVG pour l'ensemble des 15 à 49 ans est relativement stable depuis de nombreuses années. Bien que le taux des grossesses non désirées des adolescentes soit inférieur à celui du Royaume-Uni ou de l'Espagne, les moins de 25 ans en France ont eu, des années 1990 à 2006, de plus en plus recours à l'IVG, sans diminution depuis. Le taux global d'IVG en France est un des plus élevés d'Europe occidentale.

En Lorraine, les taux d'IVG sont moins élevés qu'au niveau national, avec cependant un recours en hausse pour les moins de 20 ans.

Notre étude, qui avait pour but de décrire la situation du recours à l'IVG dans les environs de Remiremont, présente des limites et des biais reflétant les difficultés d'une évaluation épidémiologique locale. Elle nous permet cependant de supposer que la situation est plutôt rassurante pour les femmes de 15 à 49 ans. Le taux d'IVG pour l'ensemble des femmes concernées (avoisinant 8 pour 1000) est en effet nettement inférieur aux taux nationaux et régionaux ; il ne les dépasse jamais (pour chaque groupe de commune et chaque année étudiés). La répartition des taux d'IVG en fonction des classes d'âge semble superposable à la situation nationale.

Les résultats obtenus pour les groupes des 15-19 ans et des 20-24 ans montrent une tendance à l'augmentation du recours à l'IVG. Les résultats par groupe de communes mettent en évidence des taux parfois supérieurs aux données nationales et régionales pour ces classes d'âge. Les effectifs sont pourtant trop faibles pour que des zones dites sensibles soient mises en évidence avec certitude. Comme ailleurs en France, un renforcement de la prévention paraît nécessaire auprès des jeunes.

Quelles interventions de prévention pourrait-on proposer?

De nombreux moyens de prévention sont certes déjà mis en œuvre au niveau national. Mais les campagnes nationales n'ont a priori pas d'impact majeur sur la population ; la loi de 2001 sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire n'est pas toujours appliquée, souvent faute de moyens humains et financiers ; les centres sociaux type CPEF souffrent d'un manque de visibilité et d'un problème d'accessibilité ; les moyens de la PJJ sont insuffisants...

Des actions locales comme « Info Ado » en Alsace ou « la sexothèque » en Lorraine sont à saluer et à encourager. Ne pourrait-on pas (au prix certes d'une lourde organisation) les prendre comme exemple et les diffuser nationalement ?

Les exemples de pays étrangers doivent aussi nous faire réfléchir. Les sujets de la prévention en matière de santé sexuelle et de la sexualité des jeunes doivent être « démystifiés » auprès de la population générale. Parents, enfants, mais aussi médecins, et tout intervenant éducatif, devraient être amenés à pouvoir en discuter sans tabou. La population, très jeune, jeune, ou moins jeune, devrait être informée, non pas ponctuellement, mais accompagnée dans toutes les étapes de sa vie sexuelle et affective. Ainsi chacun serait encouragé à prendre conscience de sa responsabilité envers lui-même, son ou ses partenaires, et ses enfants. L'accès aux moyens contraceptifs devrait être organisé de façon à ce que tout le monde puisse y avoir accès, quel que soient les moyens financiers, la situation familiale, ou le lieu d'habitation.

En tant que médecins généralistes, quel rôle avons-nous à jouer ? En consultation, nous rencontrons des patients de tous âges, de tous milieux, et donc des personnes considérées « à risque ». Notre implication est de ce fait primordiale. Les médecins généralistes en ont d'ailleurs conscience, nous l'avons vu. Le sujet reste pourtant difficile à aborder pour beaucoup. Un part de pudeur ou de gêne doit exister. Le sentiment de malaise suite à une formation insuffisante est également non négligeable. La formation initiale existe certes, mais le passage dans un service « mère-enfant » n'est obligatoire que depuis la fin des années 1990. Des formations continues ou complémentaires sont à disposition, mais il faut reconnaître que la médecine générale est un domaine très vaste, et qu'il est souvent difficile de faire le choix de ses formations devant la diversité de l'offre. Tous les médecins généralistes ne pratiquent pas de gynécologie.

Concrètement, certains praticiens appliquent des règles simples.

En premier lieu, nous devons apprendre aux jeunes filles que nous pouvons leur prescrire un moyen contraceptif, nous pouvons les rassurer en leur expliquant que la première consultation médicale ne comprend pas d'examen gynécologique (sauf cas particulier), et que le secret médical s'applique.

Nous devons informer nos patients sur les différents moyens contraceptifs à disposition, faire tomber les fausses croyances, et leur donner des références fiables de sources d'information. Diversifier nos prescriptions de façon à ce que chaque individu ait une contraception adaptée à son mode de vie signifie « combattre » la norme contraceptive, source d'inobservance et d'erreurs (24 ; 40).

L'information vis-à-vis des jeunes devrait aussi comporter la promotion du « Double Dutch », association d'une contraception hormonale et du préservatif.

Quand faire cette information ? Pour les jeunes filles, la vaccination contre le papillomavirus est un temps d'échange à mettre à profit. Cela est plus délicat pour les garçons, ou les femmes qui veulent « simplement une ordonnance pour la pilule », régulièrement demandée en fin de consultation pour un autre motif.

Toutes ces initiatives prises par certains médecins sont locales, ponctuelles, et dépendantes de la motivation et de l'implication de chacun.

Ces actions locales et ces initiatives individuelles sont des exemples positifs, prouvant l'implication de certains acteurs de prévention dans ce domaine. Mais, « Info Ado » mise à part, la multiplication d'actions locales correspond le plus souvent à des champs d'action étroits et non coordonnés, avec peu de chances d'aboutir à des résultats concrets.

Conclusion

La quasi totalité des femmes (adolescentes ou non) qui recourt à l'IVG, le fait par obligation, car ce moment de leur vie n'est pas propice à l'accueil d'un enfant. Ce n'est donc pas tant les taux d'IVG qu'il faudrait suivre, mais ceux des grossesses non désirées. Les actions doivent être menées en amont.

À Remiremont, comme ailleurs en France, l'éducation, l'information, la prévention doivent être renforcées. Mais l'application des moyens préventifs recommandés en matière de vie sexuelle et affective est rendue compliquée par la multiplicité des acteurs, la complexité du système actuel, les manques de moyens humains et financiers, les difficultés d'accessibilité.

En 1999, le Pr. Nisand avait établi un rapport qui avait servi de base aux modifications apportées par la loi de 2001. Mais les problèmes de gratuité des moyens contraceptifs et de manque d'information perdurent. Le dernier rapport qu'il a publié en février 2012 (73) débouche sur 18 propositions, demandant en premier lieu l'application réelle de la loi et des actions déjà recommandées (annexe 21).

Notre rôle de médecin généraliste est important, notre implication et notre formation doivent être renforcées, et ce d'autant plus que nos confrères spécialistes en gynécologie médicale seront de moins en moins nombreux. Tout comme les patients de plus de 50 ans sont invités à voir leur médecin pour le dépistage du cancer colorectal, des consultations spécifiques pour l'information et / ou la prescription d'une contraception devraient être proposées. Ces consultations devraient être gratuites et organisées pour une cible large selon un plan national. Mais cela serait clairement insuffisant si cela n'était pas accompagné de mesures complémentaires favorisant la délivrance de contraceptifs aux mineurs, une véritable éducation à la vie affective en milieu scolaire, l'information des parents, et la clarification et l'accessibilité du système des centres venant en aide aux mineurs et aux personnes en situation de précarité. Au delà d'initiatives locales ponctuelles, la résolution de ce problème de santé publique complexe nécessite une prise en charge multidisciplinaire et transversale.

Liste des cartes

	Pages
Carte n°1 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 15-49 ans en 2005	79
Carte n°2 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 15-49 ans en 2010	80
Carte n°3 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 15-19 ans en 2005	81
Carte n°4 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 15-19 ans en 2009	82
Carte n°5 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 15-19 ans en 2010	83
Carte n°6 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 20-24 ans en 2005	84
Carte n°7 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 20-24 ans en 2006	85
Carte n°8 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 20-24 ans en 2009	86
Carte n°9 : Comparaison des taux d'IVG calculés aux moyennes nationale et régionale chez les 20-24 ans en 2010	87

Liste des illustrations

	Pages
Illustration n°1 : Étui pénien, ancienne Égypte	27
Illustration n°2 : « Kabuta-gata », écaille de tortue, Japon, Xe siècle	27
Illustration n°3 : Préservatif en boyau de mouton, 1640	28
Illustration n°4 : Pessaires occlusifs et dispositifs intra-utérins	29
Illustration n°5 : Les grandes dates de l'IVG et de la contraception	42
Illustration n°6 : Évolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990	44
Illustration n°7 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge	44-90
Illustration n°8 : Évolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009	45
Illustration n°9 : Méthodes de contraception des plus utilisées dans quelques pays du monde	47
Illustration n°10 : Carte géographique de la zone étudiée et groupements de communes	71
Illustration n°11 : Évolution des taux d'IVG pour l'ensemble de la zone étudiée, de 2005 à 2010	73-89
Illustration n°12 : Moyenne des taux d'IVG par classe d'âges, de 2005 à 2010, pour l'ensemble de la zone étudiée	74-90
Illustration n°13 : Sources d'information et de prévention en matière de sexualité et de contraception pour les différentes cibles dans la population	100

Liste des tableaux

	Pages
Tableau n°1 : Principales méthodes contraceptives utilisées par tranches d'âge en 2005, en pourcentage	48
Tableau n°2 : DIM contactés et résultats obtenus	68
Tableau n°3 : Composition des groupes de communes	70
Tableau n°4 : Effectifs des femmes par tranches d'âge quinquennales dans chaque groupe de communes	71
Tableau n°5 : Taux d'IVG des 15-49 ans, par année et par groupe de communes	75
Tableau n° 6 : Taux d'IVG des 15-19 ans, par année et par groupe de communes	76
Tableau n° 7 : Taux d'IVG des 20-24 ans, par année et par groupe de communes	77
Tableau n°8 : Mesures favorables à l'adoption d'un comportement contraceptif approprié chez les adolescents	126

Annexes

	Pages
Annexe 1 : Courrier adressé aux établissements pratiquant l'orthogénie afin d'obtenir les données concernant les IVG	142
Annexe 2 : Mail adressé par la société Articque pour autorisation temporaire d'utilisation du logiciel « Cartes & Données Puzzle 5.1 »	143
Annexe 3 : Territoires de planification et territoires de santé de proximité	144
Annexe 4 : Unité urbaine: définition	145
Annexe 5 : Descriptif des données brutes par hôpital	146
Annexe 6 : Descriptif des données brutes par année	147
Annexe 7 : Évolution des taux d'IVG de 2005 à 2010 pour les classes d'âge ciblées sur l'ensemble des groupes de commune de la zone étudiées	148
Annexe 8 : Moyenne des taux de 2005 à 2010 pour chaque classe d'âge dans l'ensemble des groupes de communes	149
Annexe 9 : Cartes: résultats pour les 15-49 ans de 2006 à 2009	150
Annexe 10 : Cartes: résultats pour les 15-19 ans de 2006 à 2008	154
Annexe 11 : Cartes: résultats pour les 20-24 ans en 2007 et 2008	157
Annexe 12 : Guide de poche diffusé lors de la campagne nationale en 2000	159
Annexe 13 : Guide diffusé à 1,5 million d'exemplaires dans l'ensemble des réseaux partenaires de l'Inpes lors de la campagne nationale de 2008	160
Annexe 13 bis : Brochure diffusée à 7,5 millions d'exemplaires lors des campagnes nationales en 2007 et 2008	160
Annexe 14 : Document diffusé par l'Inpes en 2011 à l'attention des médecins (généralistes, gynécologues...), sages-femmes, facultés de médecine...	161
Annexe 14 bis : Document diffusé par l'Inpes aux médecins, à remettre aux patientes lors de la prescription d'une contraception orale	162
Annexe 15 : Mallette éducative, « Bonheur d'aimer »	163
Annexe 16 : Plaquette de présentation de la sexothèque	164
Annexe 17 : Circulation de la Sexothèque durant les trois ans d'itinérance sur le département des Vosges : 2008-2009-2010	166
Annexe 18 : Grille d'évaluation des jeunes pris en charge par le CDADS en Marne	167

Annexe 19 : Exemples d'activités, de projets et de situations d'apprentissage en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Québec, en fonction de l'âge des élèves	168
Annexe 20 : Ordonnance collective de moyen contraceptif mise au point au Québec	171
Annexe 21 : Propositions émises dans le rapport officiel du Pr Nisand en Février 2012	173

Annexe 1

Courrier adressé aux établissements pratiquant l'orthogénie afin d'obtenir les données concernant les IVG

Marion Philippon

Pouxoux, le...

Monsieur ...
Directeur du centre hospitalier

Double: Docteur..., responsable du DIM

Madame,
Monsieur,

Ayant fini mon internat de médecine générale, je travaille une thèse intitulée « IVG: état des lieux et organisation d'actions ciblées de prévention à Remiremont. ».

A ce titre j'aurais besoin d'obtenir des données anonymes chiffrées concernant les interruptions volontaires de grossesse réalisées au sein de votre établissement (médicamenteuses et chirurgicales). Je me suis, dans un premier temps, adressée au médecin du DIM de l'hôpital de Remiremont qui m'a transmis les données les concernant, mais je pense que certaines patientes habitant le canton de Remiremont s'adressent à votre établissement.

Je sollicite donc votre gratitude et votre autorisation afin d'obtenir les données suivantes pour 2005 à 2010 : le nombre total d'IVG, l'âge et la commune de résidence de chaque patiente, ainsi que le mode de recueil de ces données.

Je reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Je vous remercie de l'attention portée à ma demande et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en mes sincères et respectueuses salutations.

Marion Philippon

Annexe 2

Mail adressé par la société Articque pour autorisation temporaire d'utilisation du logiciel « Cartes & Données Puzzle 5.1 »

Bonjour Mademoiselle Philippon,

Veuillez par conséquent recevoir le mot de passe pour Cartes & Données Puzzle :

C&D Puzzle Universel V.5.1 Windows x 1 Stop le 30/09/2011

Mot de passe:

6ED5D663BF48248486277473E69B25DE6D77E4DF6C74F02DD1144D591A5F416B11434
7B085BA859EEB336676770EF2F2E7C315A8457BBC8D11DB7E9C430A79319CEC6F8A8
5D70D197DF060D0FC05A

Pour le code machine: 6F451B5C135

Très cordialement,

Camille R.

Support Technique - Formation

ARTICQUE, Groupe Articque Solutions

149, av. du Général De Gaulle

37230, Fondettes - France

support@articque.com

Tél: +33(0)2.47.49.63.21 - Fax: +33(0)2.47.49.91.49

www.articque.com

Annexe 4

Unité urbaine : définition

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Disponible à partir de : URL :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>

Annexe 5 : descriptif des données brutes par hôpital

Age Classe d'âge	Remiremont N=803 (81,5%)			Epinal N=133 (13,5%)			Arc en ciel N=49 (5,0%)			Total N=985		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
< 15 ans	803	27,7	7,7	133	27,5	7,7	49	29,4	8,6	985	27,7	7,7
15-19 ans	2	0,2		1	0,8		0	0,0		3	0,3	
20-24 ans	139	17,3		25	18,8		8	16,3		172	17,5	
25-29 ans	179	22,3		22	16,5		8	16,3		209	21,2	
30-34 ans	154	19,2		37	27,8		9	18,4		200	20,3	
35-39 ans	149	18,6		20	15,0		7	14,3		176	17,9	
40-44 ans	118	14,7		18	13,5		11	22,4		147	14,9	
45-49 ans	58	7,2		8	6,0		4	8,2		70	7,1	
	4	0,5		2	1,5		2	4,1		8	0,8	
annee												
2005	110	13,7		27	20,3		6	12,2		143	14,5	
2006	134	16,7		21	15,8		6	12,2		161	16,3	
2007	133	16,6		25	18,8		1	2,0		159	16,1	
2008	161	20,0		27	20,3		1	2,0		189	19,2	
2009	142	17,7		18	13,5		16	32,7		176	17,9	
2010	123	15,3		15	11,3		19	38,8		157	15,9	
Groupecommunes												
1	262	32,6		18	13,5		6	12,2		286	29,0	
2	157	19,6		7	5,3		1	2,0		165	16,8	
3	259	32,3		26	19,5		13	26,5		298	30,3	
4	21	2,6		51	38,3		15	30,6		87	8,8	
5	51	6,4		5	3,8		1	2,0		57	5,8	
6	32	4,0		2	1,5		4	8,2		38	3,9	
7	6	0,7		17	12,8		5	10,2		28	2,8	
8	15	1,9		7	5,3		4	8,2		26	2,6	

* écart-type

Annexe 6 : descriptif des données brutes par année

Age	2005			2006			2007			2008			2009			2010			Total					
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*			
Classe d'âge																								
< 15 ans	143	28,2	7,8	161	27,4	7,9	159	27,6	7,6	189	27,6	7,7	176	27,8	8,0	157	27,8	7,6	985	27,7	7,7			
15-19 ans	1	0,7		0	0,0		1	0,6		0	0,0		0	0,0		1	0,6		3	0,3				
20-24 ans	20	14,0	31	31	19,3		30	18,9		34	18,0		28	15,9		29	18,5		172	17,5				
25-29 ans	35	24,5	33	33	20,5		34	21,4		38	20,1		40	22,7		29	18,5		209	21,2				
30-34 ans	23	16,1	33	33	20,5		27	17,0		42	22,2		41	23,3		34	21,7		200	20,3				
35-39 ans	22	15,4	31	31	19,3		36	22,6		30	15,9		28	15,9		29	18,5		176	17,9				
40-44 ans	31	21,7	21	21	13,0		20	12,6		31	16,4		20	11,4		24	15,3		147	14,9				
45-49 ans	10	7,0	11	11	6,8		10	6,3		13	6,9		16	9,1		10	6,4		70	7,1				
50-54 ans	1	0,7		1	0,6		1	0,6		1	0,5		3	1,7		1	0,6		8	0,8				
hopital																								
Remiremont	110	76,9		134	83,2		133	83,6		161	85,2		142	80,7		123	78,3		803	81,5				
Epinal	27	18,9		21	13,0		25	15,7		27	14,3		18	10,2		15	9,6		133	13,5				
Arc en ciel	6	4,2		6	3,7		1	0,6		1	0,5		16	9,1		19	12,1		49	5,0				
Groupecommunes																								
1	43	30,1		48	29,8		50	31,4		52	27,5		51	29,0		42	26,8		286	29,0				
2	26	18,2		24	14,9		38	23,9		27	14,3		29	16,5		21	13,4		165	16,8				
3	41	28,7		46	28,6		41	25,8		68	36,0		53	30,1		49	31,2		298	30,3				
4	12	8,4		17	10,6		14	8,8		19	10,1		12	6,8		13	8,3		87	8,8				
5	8	5,6		11	6,8		8	5,0		13	6,9		8	4,5		9	5,7		57	5,8				
6	6	4,2		5	3,1		4	2,5		5	2,6		8	4,5		10	6,4		38	3,9				
7	3	2,1		7	4,3		3	1,9		2	1,1		7	4,0		6	3,8		28	2,8				
8	4	2,8		3	1,9		1	0,6		3	1,6		8	4,5		7	4,5		26	2,6				

* écart-type

Annexe 7

Évolution des taux d'IVG de 2005 à 2010 pour les classes d'âge ciblées sur l'ensemble des groupes de communes de la zone étudiée

Année	Taux d'IVG 15-49 ans	Limite inférieure	Limite supérieure
2005	7,6	6,4	8,99
2006	8,61	7,33	10,08
2007	8,45	7,19	9,91
2008	10,11	8,72	11,69
2009	9,42	8,08	10,95
2010	8,35	7,09	9,79

Année	Taux d'IVG 15-19 ans	Limite inférieure	Limite supérieure
2005	7,91	6,66	9,35
2006	12,25	10,43	14,34
2007	11,86	10,08	13,9
2008	13,44	11,59	15,54
2009	11,07	9,49	12,87
2010	11,46	9,74	13,45

Année	Taux d'IVG 20-24 ans	Limite inférieure	Limite supérieure
2005	19,15	16,13	22,65
2006	18,06	15,37	21,13
2007	18,6	15,81	21,81
2008	20,79	17,93	24,04
2009	21,88	18,77	25,44
2010	15,87	13,47	18,62

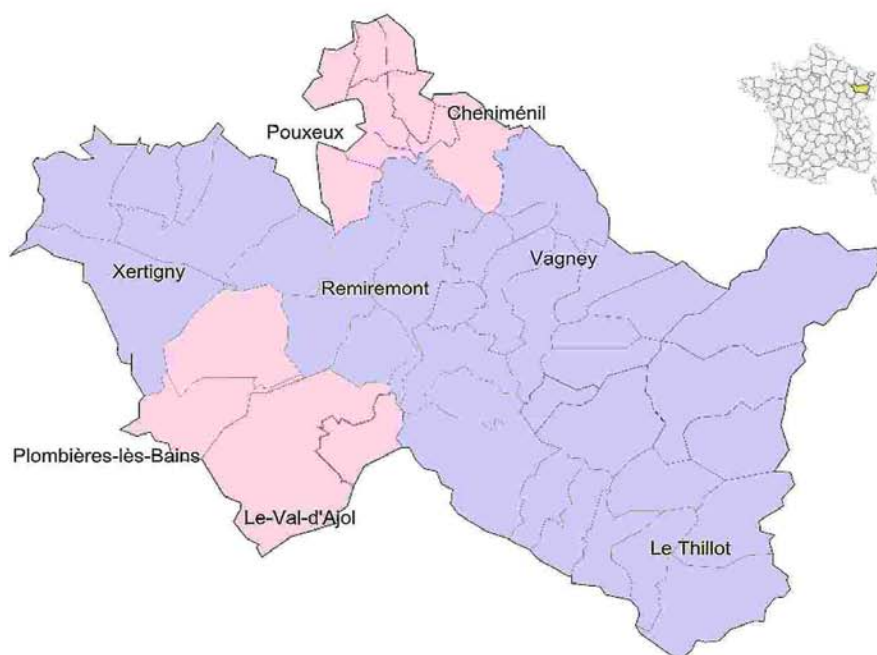
Annexe 8

Moyenne des taux de 2005 à 2010 pour chaque classe d'âge dans l'ensemble des groupes de communes

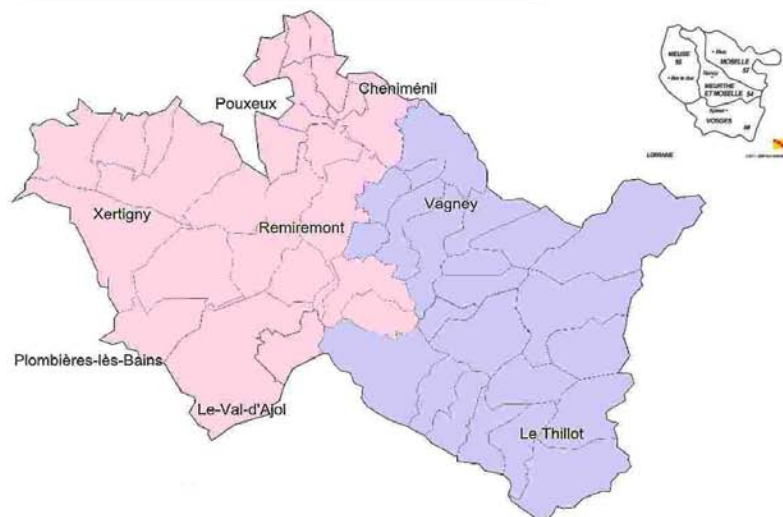
Classes d'âge	Taux d'IVG
15-19	11,33
20-24	19,06
25-29	13,8
30-34	11,69
35-39	8,39
40-44	3,79
45-49	0,39

Annexe 9

Cartes : résultats pour les 15-49 ans de 2006 à 2009



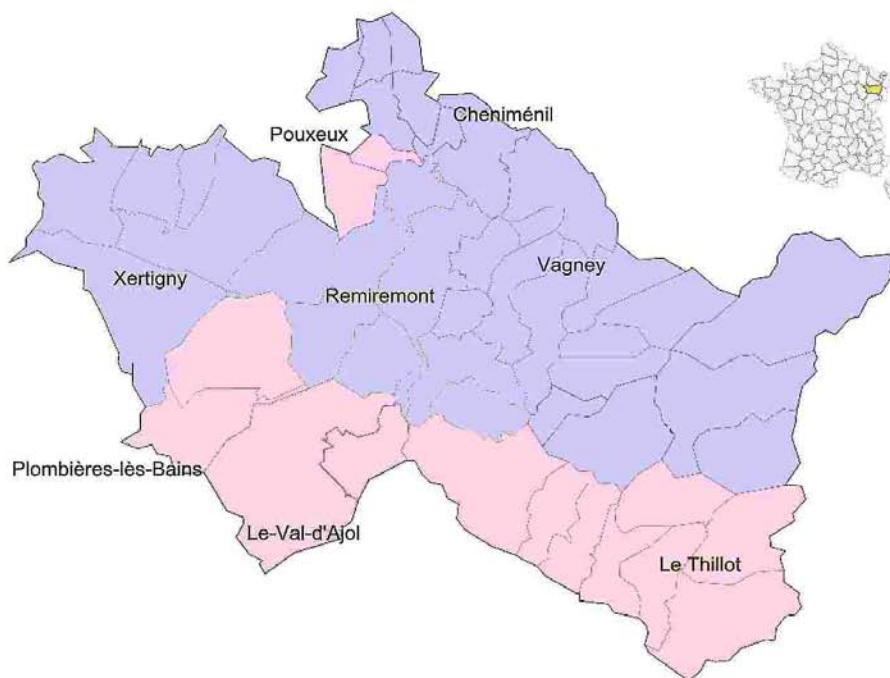
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 49 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 49 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2006



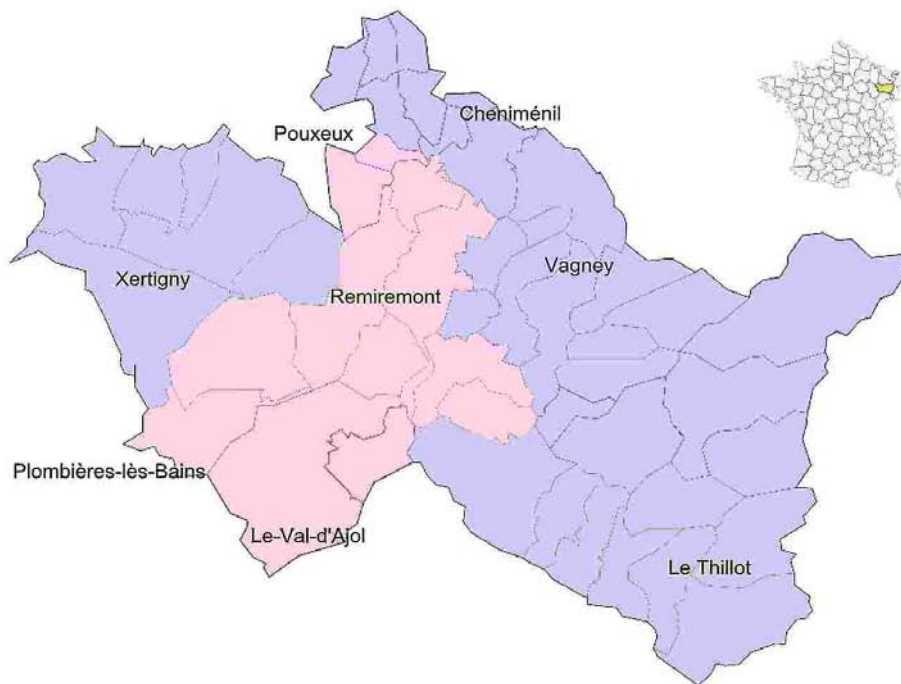
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 49 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 49 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2007



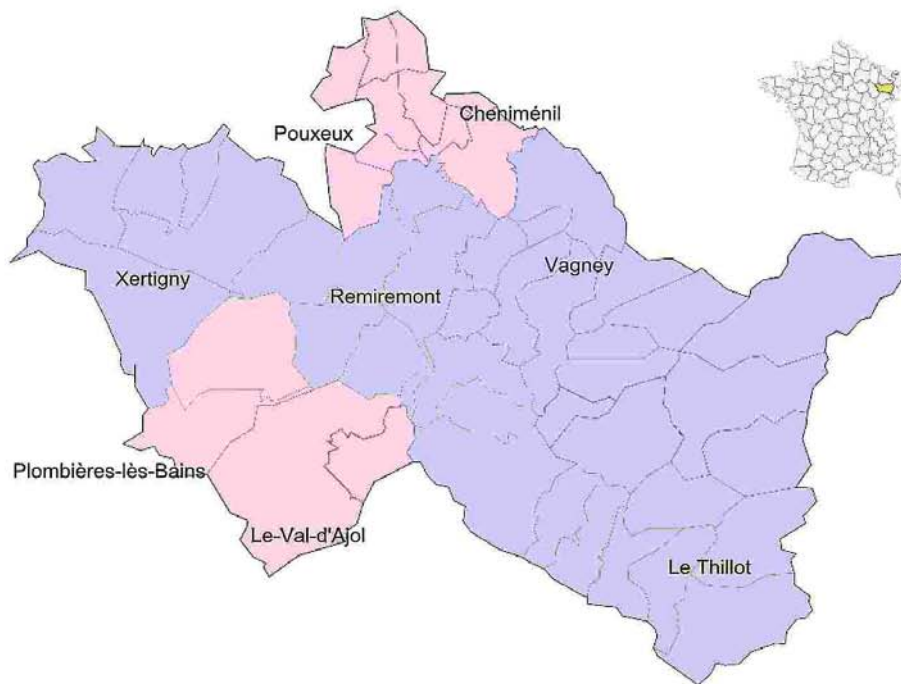
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 49 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 49 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2008



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 49 ans



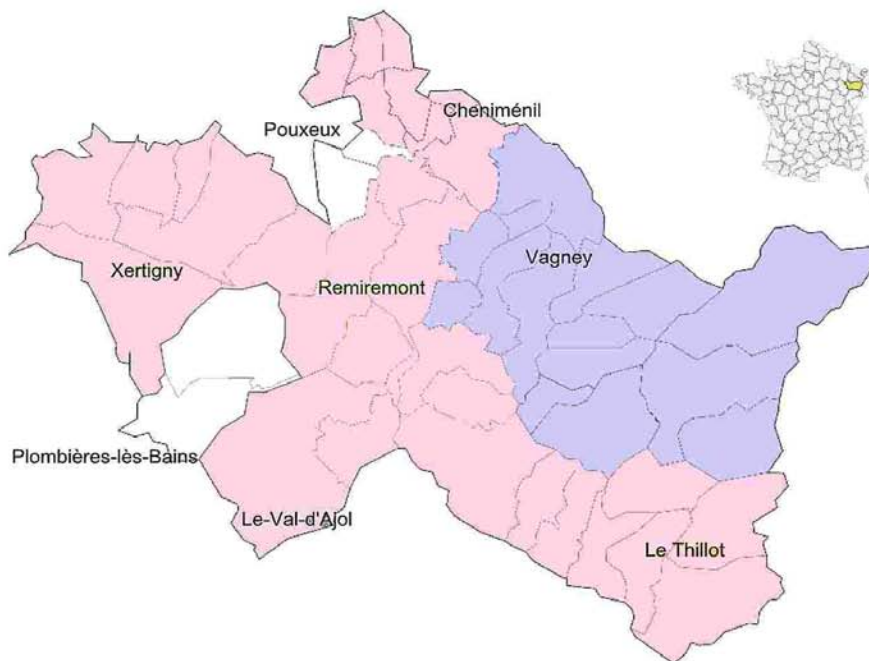
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 49 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2009

Annexe 10

Cartes : résultats pour les 15-19 ans de 2006 à 2008



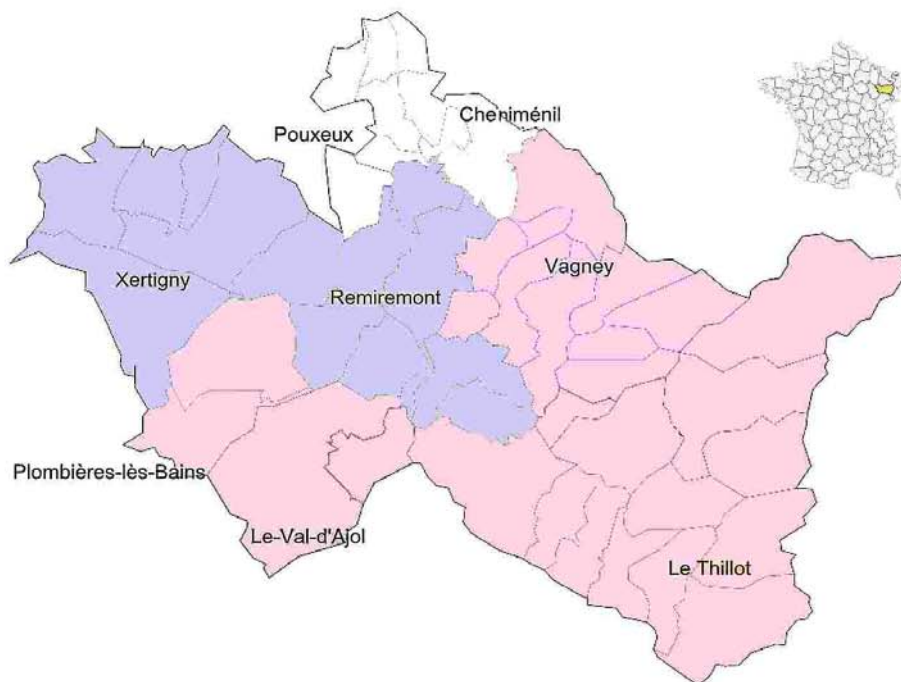
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2006



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2007



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 15 - 19 ans



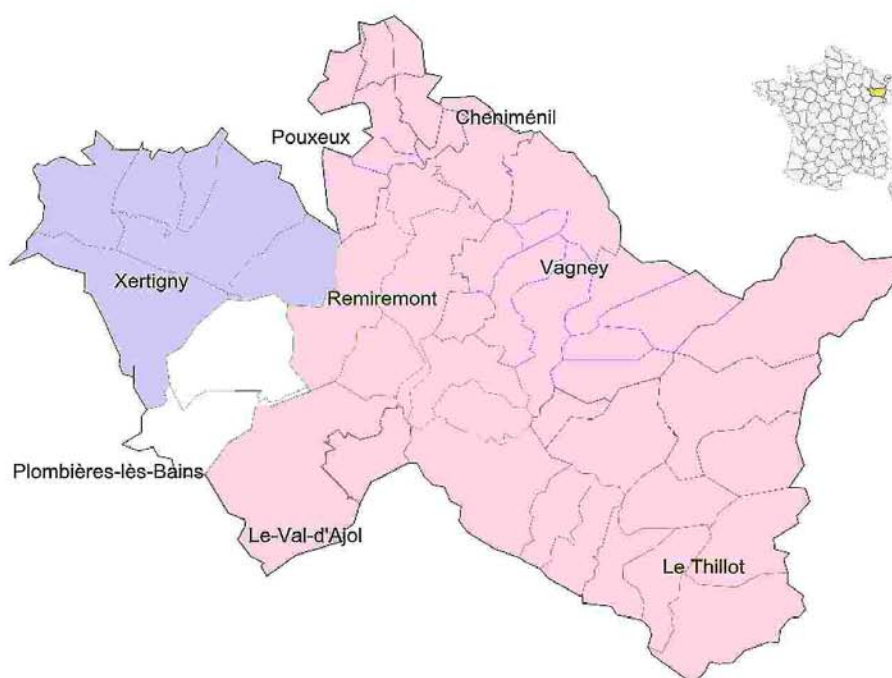
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 15 - 19 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2008

Annexe 11

Cartes : résultats pour les 20-24 ans en 2007 et 2008



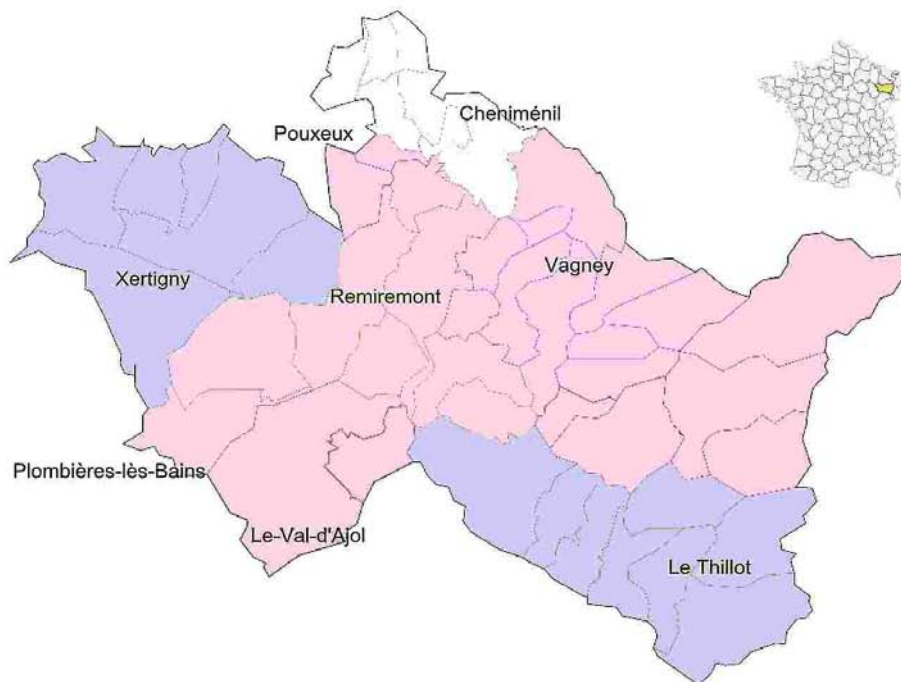
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans



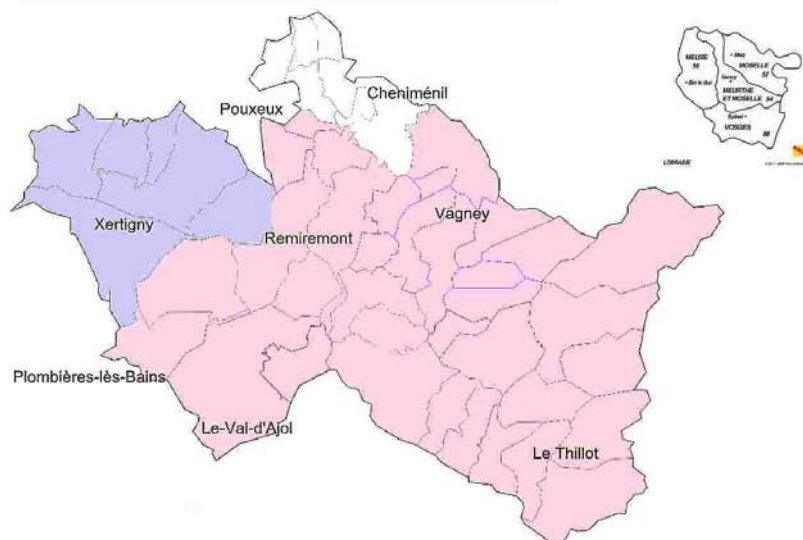
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2007



Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne nationale chez les 20 - 24 ans



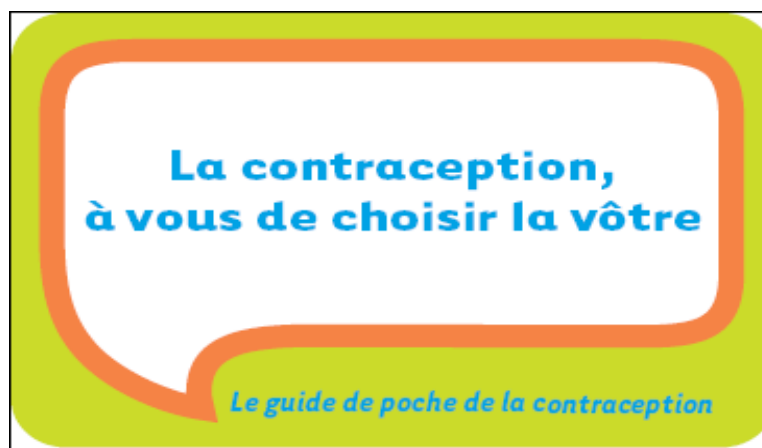
Comparaison des taux d'IVG calculés à la moyenne régionale chez les 20 - 24 ans

- Taux d'IVG identique au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG inférieur au taux national (ou régional)
- Taux d'IVG supérieur au taux national (ou régional)
- Pas d'IVG recensée

Année 2008

Annexe 12

Guide de poche diffusé lors de la campagne nationale en 2000



Document disponible à partir de : URL :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/couv_carte.pdf

Annexe 13

Guide diffusé à 1,5 million d'exemplaires dans l'ensemble des réseaux partenaires de l'Inpes lors de la campagne nationale de 2008



Annexe 13 bis : Brochure diffusée à 7,5 millions d'exemplaires lors des campagnes nationales en 2007 et 2008



Documents disponibles à partir de : URL :

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf>

Document diffusé par l'Inpes en 2011 à l'attention des médecins (généralistes, gynécologues...), sages-femmes, facultés de médecine...

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION: comment mieux la personnaliser?

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

Près de 200 000 IVG par an en France

Pourquoi ce chiffre alors que 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive? L'adéquation de la contraception à la situation personnelle est peut-être la clé du problème. Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial si nécessaire. Pour favoriser cet échange, l'Inpes lance le 28 octobre une nouvelle campagne de communication à destination du grand public. •

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS⁽⁵⁾

Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle? »
« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception? »
« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive? »
« En avez-vous parlé à votre partenaire? »

Pour les utilisatrices de contraception orale :

• Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances? »
« Que faites-vous en cas d'oubli? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule? Si oui, pourquoi? »

• Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités.
Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

• Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli

de pilule (remise de la carte Inpes: Que faire en cas d'oubli de pilule?) et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

• Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer qu'elle est en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

• Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.

• Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception OP.

Explorer la protection contre les IST et le VIH

• Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège

contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

• Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

• Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.

« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez? Qu'en pensez-vous? »

« Voulez-vous essayer une autre méthode? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (remise de la brochure Inpes : Choisir sa contraception)

• Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

CHIFFRES CLÉS

- En France, **9 femmes sur 10** ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive⁽¹⁾
- Chez les 15-24 ans, près de **1 grossesse sur 2** n'est pas prévue⁽²⁾
- Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception⁽³⁾
- **56%** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83% chez les 20-24 ans)⁽⁴⁾, mais seulement **34%** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier⁽⁴⁾
- **23%** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule⁽⁴⁾

Des outils à votre disposition

Plus d'information sur www.choisirsacontraception.fr/pro

LES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004

POUR EN SAVOIR PLUS

– Repères pour votre pratique, « Comment aider une femme à choisir sa contraception? »
– La brochure « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé »

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

– La brochure et l'affiche « Choisir sa contraception »
– La carte « Que faire en cas d'oubli? »
– La brochure « Questions d'ados »
– La brochure « Le livre des infections sexuellement transmissibles »

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par email : edif@inpes.sante.fr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion 42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis cedex

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

* Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, ayant un partenaire, n'attendant pas ou ne souhaitant pas d'enfant.
(1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé (à paraître)
(2) Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*, 2003, vol. 18, n°5, p. 994-999. (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les Français et la contraception*. Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf. (4) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. L., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human reproduction*, 2006, vol. 21, n°11, p. 2863. (5) Le guide BERGER de l'OMS et l'université Johns-Hopkins isolent une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anaes, Afsasps. Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire*. Saint-Denis : Anaes, 2004, p. 154-158.

Annexe 14 bis

Document diffusé par l'Inpes aux médecins, à remettre aux patientes lors de la prescription d'une contraception orale

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?

Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

4136911C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

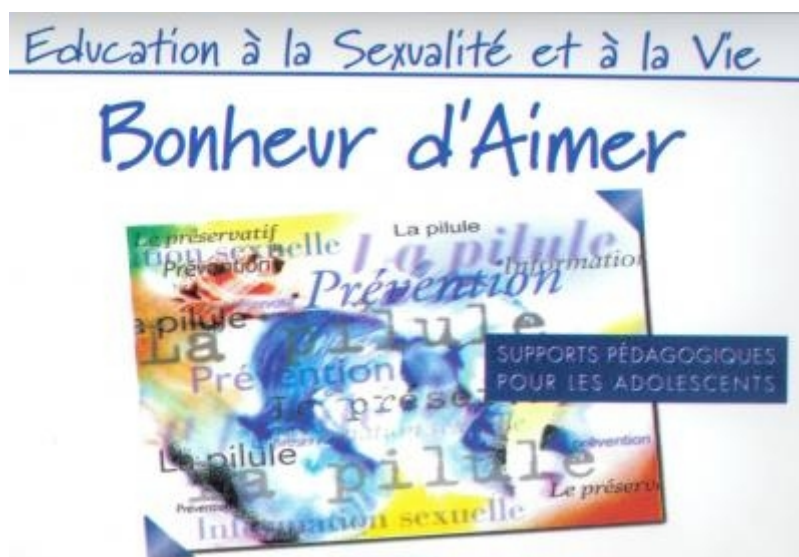
Documents disponibles à partir de : URL :

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>

<http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1110-contraception.pdf>

Annexe 15

Mallette éducative comprenant : 1 pochette pour l'équipe éducative / - 1 pochette pour le professeur / - 1 pochette pour l'infirmière / - 1 série de flyers / - 1 cassette vidéo



Document disponible à partir de : URL :

<http://www.frapscentre.org/crescenbase/notice-6347.html?>

[PHPSESSID=a0e2f4abb31f4f50612528d0c6a7ee00](http://www.frapscentre.org/crescenbase/notice-6347.html?PHPSESSID=a0e2f4abb31f4f50612528d0c6a7ee00)

Annexe 16

Plaquette de présentation de la sexothèque

 Exposition pédagogique animée interactive
modulable itinérante en Lorraine



La Sex[♂]thè[♀]que

« s'explorer et s'exprimer »



les petits
débrouillards
Lorraine

«Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne. Cette publication (communication) n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.»

CONTEXTE LOCAL

Le troisième axe du Programme Régional de Santé Publique est de maintenir une stratégie de prévention en matière de VIH, Sida, hépatites et pour cela développer des programmes d'actions autour de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Les objectifs sont de diminuer l'incidence de la séropositivité, intégrer l'éducation à la sexualité au sein des programmes scolaires et réduire le nombre de grossesses non désirées et notamment le nombre alarmant d'IVG chez les mineures : 200 000 par an depuis 10 ans (enquête INPES parue en 2007), classant ainsi notre pays au-dessus de la moyenne européenne. Cela résulte de la mauvaise connaissance des usages et des effets des moyens de contraception. De plus, les 12/25 ans représentent 50% des contaminations par le VIH.

Il existe donc un manque cruel d'informations pour cette population jeune dont les expériences sexuelles débutent en moyenne à l'âge de 17 ans, exposée à tous les risques associés (IST, SIDA, grossesse non désirée, ...). Face à ce contexte local, des organismes lorrains spécialisés (plannings familiaux, CODES, AIDES...) proposent des informations, des systèmes d'écoute personnalisés...

La sexothèque, concept novateur, sera complémentaire de ces projets et mettra à profit les compétences de ces structures, invitées à en être partenaires (comité de pilotage, aide méthodologique, débats...).

MODALITÉS

public

La sexothèque va au devant de son public de jeunes adolescents et adultes, constitué essentiellement de collégiens, de lycéens, de jeunes apprentis en formation et d'étudiants.

Itinérance

• toutes les semaines dans une nouvelle localité, un quartier, une structure où une salle est mise à disposition par un lycée, une mairie, un centre social, une association de quartier.

• 25 à 30 bénéficiaires par tranche de 1h30 minimum à 3h par demi-journée. Accueil du public gratuit (réservation pour les groupes).

blog

• <http://blog.debrouillonet.org/6TLorraine/index.php/category/sante>

COORDONNÉES

Siège régional

École primaire Jules Romains
Rue de la Seille
54 020 Maxéville
+33(0)3.83.06.38.04

Meurthe+Moselle 54

+33(0)3.83.46.77.93

Meuse 55

+33(0)6.86.16.57.81

Moselle 57

+33(0)3.87.60.92.31

Vosges 88

+33(0)3.29.35.46.55

lorraine@lapetitedebrouillards.org

<http://opdlorraine.free.fr>

Document disponible à partir de : URL :

http://blog.debrouillonet.org/6TLorraine/public/111_C_ICI_KON_MET_LES_FICHER/sante/sexotheque/plaqt_sexotheque_print.pdf

Grille d'évaluation des jeunes pris en charge par le CDADS en Marne (90)

Tableau 2 Évaluation des prises en charge thérapeutiques. <i>Assessment after therapy.</i>		Items : Oui/ Non-Yes/No
Critères/Criteria		
1	Intérêt pour la prise en charge	Assiduité aux rendez-vous
2	Participation aux consultations	Apport d'outils (musique, dessins...)
3	Attitude en consultation	Poser des questions
4	Comportement en consultation	Adapté
5	Soin de sa personne	Apparence soignée
6	Respect de soi, de l'autre	Idee que toute personne a une tête, un cœur et un corps pouvant vivre une sexualité
7	Acquisitions d'attitudes positives/sexualité	Reconnaissance de la vie sexuelle comme moyen d'épanouissement de l'être humain
8	Réciprocité dans la sexualité	Idee que la sexualité consiste à nouer un tête à tête, cœur à cœur et corps à corps sans contraindre par le geste ou la parole
9	Respect des différences	Représentation de la sexualité des handicapés, personnes âgées
10	Rééquilibrage des rôles sexuels	Conscience des différences entre filles et garçons concernant la tête, le cœur, le corps
11	Signes sexuels motivant la prise en charge	Amélioration/disparition
12	Comportement global	Diminution/disparition d'agressivité, instabilité, dépression. . .
13	Adhésion au projet de vie	Participation aux décisions de vie (accompagnement social, projets éducatifs...)
14	Conduites addictives	Suppression–diminution–prise en charge adaptée
15	Rupture scolaire	Réintégration scolaire dans la durée

Annexe 19

Exemples d'activités, de projets et de situations d'apprentissage en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Québec, en fonction de l'âge des élèves (100)

Petite enfance (5ans) :

Identification des différences et des ressemblances entre le corps des filles et le corps des garçons

Faire nommer par les enfants les différentes parties du corps. Leur faire découvrir à quel point notre corps est une merveilleuse machine dont on doit prendre soin. Par la suite, leur demander d'indiquer ce qui distingue un garçon d'une fille. À l'aide d'une planche anatomique, les amener à nommer correctement les organes génitaux (pénis, vulve, vagin).

Connaissance des mécanismes liés à la grossesse et à la naissance

À partir de leur album de photos lorsqu'ils étaient bébés, demander aux enfants de raconter ce qu'ils savent de leur naissance (poids, taille, naissance à la maison ou à l'hôpital, temps passé dans un incubateur, personnes qui ont assisté à la naissance, etc.). Inviter un parent pour enrichir avec simplicité le détail de l'histoire de la naissance de son enfant.

Enfance (6-11 ans) :

Compréhension de l'apport des rôles sexuels dans l'acquisition de son identité et critique des aspects limitatifs des stéréotypes sexuels véhiculés dans la société; effet sur le développement personnel (6-11 ans)

À partir d'une sélection personnelle de leurs jouets et jeux préférés, distinguer avec les élèves ceux qu'ils considèrent comme «jouets de garçons» et ceux qu'ils estiment être des «jouets de filles». Par la suite, discuter en leur compagnie de l'existence de telles catégories; leur démontrer que tous les jeunes, garçons ou filles, peuvent jouer avec tous les jouets, quels qu'ils soient. (6-7 ans)

Prise de conscience de l'importance des relations interpersonnelles pour une vie affective riche (famille, amis, personnel scolaire, entourage, etc.) (8-11 ans)

Dans le cours de français, inviter les élèves à utiliser le texte d'une chanson d'amour pour illustrer le premier amour ou l'importance que revêt le fait d'être amoureux. Préparer en leur compagnie une exposition de photos sur le thème de l'amour. (8-9 ans)

En collaboration avec les professionnels de l'école, organiser un concours de poésie portant sur le respect de soi et des autres et compléter l'exposition avec la présentation des poèmes sélectionnés. (10-11 ans)

Enfance (10-11 ans) :

Compréhension de l'universalité de ce processus d'attraction lié à la puberté (10-11ans)

Dans le cours d'éducation physique et à la santé, indiquer aux élèves les avantages et les inconvénients de pratiquer un sport en formant des équipes mixtes ou non mixtes. Faire le lien entre les changements corporels liés à la puberté, l'attrait amoureux et l'éveil sexuel. Discuter avec les élèves de l'apparition de la pudeur, de la gêne, de la peur d'être jugé par des camarades, de la peur de décevoir celui ou celle qui nous plaît. (10-11 ans)

Adolescents (12-17 ans) :

Connaissance des changements anatomiques, psychologiques et affectifs qui accompagnent la puberté (12-14 ans)

Appropriation et acceptation de son image corporelle en transition (12-14 ans)

Dans le cours de science et technologie, répertorier avec les élèves toutes les transformations physiologiques et hormonales qui se produisent à la puberté chez les garçons et les filles. Analyser avec eux le rôle des hormones sexuelles sur la croissance physique et leur effet sur les états d'âme (variation importante dans un laps de temps fort court). (12-14 ans)

Dans le cours de français, demander aux élèves d'écrire une très brève nouvelle dont le personnage central serait en pleine crise d'adolescence. Leur dire de tenir compte des aspects physiques, émotifs et relationnels. Inviter les élèves à expliquer ce qui rend le personnage heureux ou malheureux. Discuter par la suite, en grand groupe, à savoir si la fameuse crise d'adolescence existe bel et bien telle qu'elle leur est souvent caricaturée. (12-14 ans)

Réflexion sur les enjeux de l'interruption volontaire de grossesse (15-17 ans)

Démythification de la recherche exclusive de sensations sexuelles fortes (le plaisir à tout prix) versus la découverte graduelle de la satisfaction sexuelle (le plaisir garanti) (15-17 ans)

Dans le cours d'enseignement moral ou d'enseignement moral et religieux catholique ou protestant, discuter avec les élèves des raisons pour lesquelles il semble si difficile aux individus d'adopter des conduites préventives quand il s'agit de maladies qui concernent l'intimité sexuelle. Les amener à évaluer en quoi le sentiment amoureux et le désir de ne pas décevoir l'autre ou de ne pas lui déplaire rendent parfois l'être humain vulnérable. (12-14 ans)

Dans le cours de français et à la suite du témoignage d'une personne séropositive, demander aux élèves de rédiger un court texte sur les éléments marquants retenus. (12-14 ans)

Inviter les élèves à concevoir une publicité où la responsabilité serait associée au plaisir. En d'autres mots, outre la prévention des MTS et de la grossesse à l'adolescence, amener les élèves à indiquer les avantages d'être responsable dans sa vie sexuelle. (15-17 ans)

Dans le cours de science et technologie, à l'aide d'illustrations, faire comprendre aux élèves le principe d'une épidémie. Discuter avec eux de la responsabilité d'un individu par rapport à la collectivité afin de briser la chaîne de transmission. Leur faire établir des liens avec les MTS et le sida. (12-14 ans)

En collaboration avec l'infirmière scolaire, organiser pour les élèves une visite à la clinique jeunesse (CLSC) en vue de s'informer sur les services qui y sont offerts. Demander à l'infirmière du CLSC de faire la démonstration des diverses méthodes contraceptives. Faire remettre aux élèves des dépliants sur les différentes ressources locales ou autres existantes. (12-17 ans)

Dans le cours de science et technologie, demander aux élèves de distinguer les méthodes de contraception chimiques, mécaniques, naturelles, etc. De plus, ils auront à analyser leur effet sur le corps et à comprendre la façon dont on évalue leur réel taux d'efficacité. (15-17 ans)

Annexe 20

Ordonnance collective de moyens contraceptifs mise au point au Québec (105)

Recto :

FORMULAIRE DE LIAISON POUR L'APPLICATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE (OC-__)

Date : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée. Elle est une candidate à la prise de contraceptifs hormonaux. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente. Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du contraceptif hormonal indiqué ci-dessous (*cocher un seul produit*).

- Contraceptif oral combiné : présentation 21 comprimés
- Contraceptif oral combiné : présentation 28 comprimés

Monophasiques				Multiphasiques	
ALESSE	<input type="checkbox"/>	MINISTRIN 1/20	<input type="checkbox"/>	LINESSA	<input type="checkbox"/>
BREVICON 0,5/35	<input type="checkbox"/>	MIN-OVRAL	<input type="checkbox"/>	ORTHO 7/7/7	<input type="checkbox"/>
BREVICON 1/35	<input type="checkbox"/>	ORTHO 0,5/35	<input type="checkbox"/>	SYNPHASIC	<input type="checkbox"/>
CYCLEN	<input type="checkbox"/>	ORTHO 1/35	<input type="checkbox"/>	TRI-CYCLEN	<input type="checkbox"/>
DEMULEN 30	<input type="checkbox"/>	ORTHO-CEPT	<input type="checkbox"/>	TRI-CYCLEN LO	<input type="checkbox"/>
LOESTRIN 1,5/30	<input type="checkbox"/>	SELECT 1/35	<input type="checkbox"/>	TRIPHASIL	<input type="checkbox"/>
MARVELON	<input type="checkbox"/>	YASMIN	<input type="checkbox"/>	TRIQUILAR	<input type="checkbox"/>

- Timbre contraceptif**
EVRA
- Anneau vaginal contraceptif**
NUVARING
- Contraceptif oral à progestatif seul**
MICRONOR
- Injection contraceptive**
DEPO-PROVERA

Nom et prénom de l'infirmière

Signature de l'infirmière

N° de permis :

Téléphone :

Nom du médecin répondant :

N° de permis :

Téléphone :

Verso :

- - - - -

**CONDENSÉ DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION
HORMONALE À L'INTENTION DE L'INFIRMIÈRE ET DU PHARMACIEN**

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la contraception hormonale	OC-__
Référence à un protocole : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Date d'entrée en vigueur :	Date de révision prévue :
Professionnels visés par l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) : Les infirmières exerçant dans un établissement du réseau ou hors établissement (secteurs à préciser). Les pharmaciens communautaires exerçant leur profession sur le territoire du Québec.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Femmes en bonne santé qui ont besoin de contraception hormonale.		
Médecin répondant¹ : L'ordonnance devra être individualisée au nom du médecin répondant inscrit sur le formulaire de liaison.		
Médecin signataire de l'ordonnance collective en établissement de santé :		
_____	_____	_____
Président du CMDP	N° de permis	Date
Médecins signataires de l'ordonnance collective hors établissement de santé :		
<i>nom du médecin</i>	<i>n° de permis</i>	<i>date</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Propositions émises dans le rapport officiel du Pr Nisand en Février 2012 (73)

CHAPITRE 3

NOS 18 PROPOSITIONS

1. Confidentialité constante et crédible de la consultation et de la délivrance de la contraception aux mineures.

2. Gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs et des préservatifs jusqu'à 18 ans (et sous conditions de ressources de 18 à 25 ans) au travers d'un « forfait contraception pour mineures » proposé par l'État aux laboratoires pharmaceutiques volontaires¹.

3. Créations de réseaux pluridisciplinaires d'orthogénie (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières scolaires, conseillers conjugaux, CPEF et MFPPF) pour les jeunes couvrant tout le territoire national et formation spécifique des professionnels de santé participant à ces réseaux de prévention. Préparer le corps médical à la pratique de la première consultation en contraception de l'adolescente et la rémunérer sous forme d'un C2 une fois dans la vie de la femme.

1. Ce forfait pourrait être fixé à hauteur approximative de 7 €/mois et par mineure pour les contraceptions innovantes ne figurant pas au tableau des produits pharmaceutiques remboursés. Le coût annuel par mineure serait donc de l'ordre de 80 € s'ajoutant au prix d'une consultation annuelle de renouvellement. Ce coût doit être mis en regard du coût d'une IVG (de l'ordre de 350 €) qui ne tient compte ni des frais occasionnés par les suspicions de grossesse, ni de la contraception d'urgence, ni des conséquences psychologiques des IVG des mineures si difficiles à mesurer.

4. Application de la loi de 2001 sur l'information à la sexualité en milieu scolaire sous la responsabilité du ministre de l'Éducation nationale assortie d'un contrôle de l'exhaustivité des établissements où la loi est appliquée correctement par les rectorats.

5. Rémunération des professionnels libéraux qui participent à l'application de la loi de 2001 au prorata de leur engagement horaire validé par le réseau pluridisciplinaire d'orthogénie.

6. Pour les enfants en maternelle et primaire, par l'intermédiaire des maîtres des écoles formés dans leur cursus à cette nouvelle mission, dispenser des informations sur la vie affective, émotionnelle, sentimentale et sur le respect de soi-même dans un rapport au corps sexué.

7. Constitution des ressources humaines pour l'information à la sexualité en milieu scolaire.

8. Mesure du taux de grossesses chez les mineures par les ARS dans chaque canton pour savoir où les jeunes femmes sont les plus exposées et y intensifier la prévention.

9. Réorienter les campagnes médiatiques vers les parents.

10. Organiser une résistance institutionnelle, collective et sociétale à la diffusion libre et marchande de la pornographie auprès des jeunes (taxation dissuasive de l'exploitation et de la vente de pornographie et information précoce des jeunes sur les dangers de cette addiction).

11. Créer des lieux d'accueil parents-enfants pour qu'une écoute psychologique gratuite, anonyme et sans rendez-vous puisse être offerte à tous les parents quel que soit l'âge de leur enfant où ils puissent trouver de l'aide quand ils se trouvent en difficulté.

1. Sur le modèle de l'association pour la prévention, la promotion de la santé psychique des familles (PPSP) et de son lieu d'accueil « Les pâtes au beurre », un appartement pour les parents, véritable maison de la parentalité créé par un des auteurs en 1999 (SM). Siège social à Nantes en Loire-Atlantique.

12. Diffuser plus largement le « Double Dutch », contraceptifs + préservatifs, pour contrer l'utilisation exclusive du préservatif en pensant à y associer tous les modes d'administration de la contraception hormonale.

13. Diffuser et prescrire plus largement les contraceptions qui ne dépendent pas de l'observance de la jeune femme.

14. Mettre en avant par l'éducation la responsabilité des jeunes hommes dans la contraception.

15. Informer les parents des lieux où leurs enfants peuvent disposer d'informations, d'aide et d'écoute adaptée dans le domaine de la sexualité.

16. Intégrer une formation à l'éducation sexuelle pour tous les adultes qui encadreront des jeunes (enseignants, BAPFA).

17. Uniformiser et clarifier la gestion des centres pouvant venir en aide aux jeunes (intitulé unique).

18. Créer un outil de communication national¹ donnant l'inventaire des centres disponibles pour venir en aide aux jeunes sous la responsabilité de l'INPES.

Bibliographie

- 1** Tin LG.
L'IVG menacée ?
Le Monde 08 juin 2012.
- 2** Van de Walle E.
Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ?
Institut National d'Etudes Démographiques,
Population & sociétés 2005, 418.
- 3** Lansac J.
La contraception de l'antiquité à nos jours.
Cngof, 31èmes journées nationales, histoire de la contraception, dec 2007.
[consulté le 12/05/2011]
Disponible à partir de : URL :
< http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/030/Media/index.htm>
- 4** Chosson M, Centre de planification Hôpital Pierre Rouquès Les Bluets.
Il était une fois la contraception... [consulté le 06/09/2010]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.bluets.org/spip.php?article173>>
- 5** Moore W.
Searching for Dr Condom.
BMJ 2008; 337:a1166
- 6** Gruhier F, le Nouvel Observateur.
Lettre ouverte au Pape [consulté le 26/02/10]
Disponible à partir de : URL :
<<http://tubeaessai.blogs.nouvelobs.com/religion>>
- 7** Gallo C, Christin-Maitre S.
Contraception: mise au point et nouveautés.
Elsevier Masson, Annales d'Endocrinologie 68 (2007) S39-S52.
- 8** Baulieu EE, Héritier F, Leridon H.
Contraception: contrainte ou liberté ?
Paris : Editions Odile Jacob, 1999.
- 9** Régnier-Loilier A, Leridon H.
La loi Neuwirth quarante ans après: une révolution inachevée ?
Institut national d'études démographiques.
Population & sociétés 2007, 439.
- 10** Nisand I, Merg-Essadi D.
Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 738-B-80, 2009.
- 11** Ferrand M, Jaspard M.
L'interruption volontaire de grossesse.
Que sais-je ? Vendôme, Imprimerie des Presses Universitaires de France, 1987.

- 12** République Française.
Article 317 (abrogé au 1 mars 1994)
Créé par Loi 1810-02-17 promulguée le 27 février 1810. [consulté le 26/02/10].
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490192&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=19940228&categorieLien=id>>
- 13** Rossier C, Pirus C.
Evolution du nombre d'interruptions de grossesse entre 1976 et 2002.
Institut national d'études démographiques [consulté le 21/09/09].
Disponible à partir de : URL :
<http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/21882/telechargement_fichier_fr_popf.1_2007_pirus.pdf>
- 14** De Beauvoir S.
« Manifeste des 343 salopes »
Le Nouvel Observateur N° 334, avril 1971 [consulté le 07/09/2010]
Disponible à partir de : URL :
<<http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20071127.OBS7018/le-manifeste-des-343-salopes-paru-dans-le-nouvel-obs-en-1971.html>>
- 15** Halimi G.
Le procès de Bobigny : Choisir la cause des femmes.
Paris : Gallimard, 2006.
- 16** Mouvement Français pour le Planning Familial.
La législation de l'avortement en France, chronologie historique [consulté le 25/04/2010]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.planning-familial.org/themes/theme03-avortement/fiche05Precision02.php>>
- 17** République Française.
Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
JO du 18 Janvier 1975. p.739.
- 18** Ponte C.
La réglementation de l'interruption volontaire de grossesse.
Inter bloc. 2006 mars. 25:47-8
- 19** Nisand I.
L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Février 1999.
La Documentation française [consulté le 06/02/10].
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/994000389/0000.pdf>>

- 20** Ministère de la Santé et des Sports
Contraception et interruption volontaire de grossesse, dispositions législatives à la contraception et l'IVG et rapports. Les lois. [consulté le 09/05/2010]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-lois.html>>
- 21** République Française.
Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
JO du 07 juillet 2001. p.10823.
- 22** Ministère de la Santé et des Sports.
Contraception et interruption volontaire de grossesse, dispositions législatives à la contraception et l'IVG et rapports. Les décrets et circulaires. [consulté le 09/05/2010]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-decrets-et-circulaires.html>>
- 23** Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. 2001, Mars. [consulté le 09/05/10]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf>
- 24** Vilain A, Collet M, Moisy M.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge.
In: L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. [consulté le 09/01/11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_IVG_en_France_en_2007.pdf>
- 25** Paccoud G, Vendittelli F, Pons J.-C.
Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse: lecture et interrogation d'acteurs de terrain.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31:152-161.
- 26** Paccoud G, Vendittelli F.
Cadre juridique de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.
In: Pons JC, Vendittelli F, Lachar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention.
Paris : Masson; 2004.
p.11-9.

- 27** Haute Autorité de Santé.
Recommandations de bonne pratique. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.
Décembre 2010. [consulté le 09/06/11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf>
- 28** Nisand I.
Comment diminuer le nombre des IVG en France? [éditorial].
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2003; 31:499–503.
- 29** Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?
Institut national d'études démographiques.
Population & sociétés 2004,407.
- 30** Vilain A, Mouquet MC.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2011, 765.
- 31** Vilain A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2002.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2004, 348.
- 32** Vilain A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2004.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2006, 522.
- 33** Vilain A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2007.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2009, 713.
- 34** Vilain A.
Les femmes ayant recours à l'IVG: diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge.
In: L'interruption volontaire de grossesse.
Revue française des affaires sociales, N°1
La documentation française, Paris, 2011.

- 35** Observatoire Régional de la Santé, Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Interruption volontaire de grossesse Etat des lieux en France et en PACA, revue des connaissances et recommandations pour des études-actions en 2005.
2005, février. [consulté le 06/02/10]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.se4s-orspaca.org/depot/pdf/05-R2.pdf>>
- 36** Observatoire régional de la Santé, Bourgogne.
Interruptions volontaires de grossesse: tenter de comprendre la répétition.
2005, janvier. [consulté le 06/02/10]
Disponible à partir de : URL :
<<http://orsbourgogne.free.fr/rapIVGrep.pdf>>
- 37** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L.
La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence.
Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.
- 38** Rossier C, Leridon H, Job Spira N, *et al.*
Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000, Institut national d'études démographiques.
Population, 2004/3 Vol. 59, p. 449-478. [consulté le 19/03/10]
Disponible à partir de : URL :
< <http://www.cairn.info/revue-population-2004-3.htm>>
- 39** Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N.
Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée.
In: Editions INPES
Baromètre Santé 2005
Novembre 2007
p. 329-353.
- 40** Bajos N, Ferrand M, Hassoun D, équipe GINE.
Au risque de l'échec: la contraception au quotidien.
De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.
Paris: Inserm, questions en Santé publique; 2002, p. 33-78.
- 41** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
Contraception: que savent les français?
Connaissances et opinions sur les moyens de contraception: état des lieux.
Dossier de presse, juin 2007. [consulté le 19/03/10]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>>
- 42** Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, groupe COCON.
Contraception: from accessibility to efficiency
Human Reproduction 2003; 18(No.5):994-9.

- 43** République française, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction générale de la Santé.
Stratégies d'actions en matière de contraception, 2007. [consulté le 06/02/10]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategies_2007.pdf>
- 44** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L.
La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication.
Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.
- 45** République Française, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental,
Henon D., délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes,
La santé des femmes en France, 2010. [consulté le 09/06/11]
Disponible à partir de : URL :
<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000510/0000.pdf>>
- 46** Bajos N.
Sexualité, contraception, prévention et rapport de genres.
La santé des femmes en France.
INSERM-INED U822
Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. [consulté le 09/06/11]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.sante.gouv.fr/dossiers.5747.html>>
- 47** Toulemon L, Leridon H.
Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements.
Institut national d'études démographiques.
Population 1992;1:1-46.
- 48** Bachelot A.
Aspects psychologiques de la grossesse non prévue.
De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.
Paris: Inserm, Questions en Santé publique; 2002, p. 79-114.
- 49** Gordon C.
Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy.
Adolescence, 1996. 31: 562-85.
- 50** Lachar P.
L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention,
Grossesse et interruption volontaire de grossesse chez les adolescentes,
Aspects psychologiques.
Masson, Paris 2004, p. 141-53.

- 51** Le Van C, Le Gall D.
Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues.
Collection Le travail du social
Paris: l'Harmattan, 1998, p 204.
- 52** Alvin P.
Contraception chez l'adolescente: le grand paradoxe. [éditorial]
Archives de pédiatrie, 2006; 13: 329-32.
- 53** Kafé H, Brouard N.
Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans?
Institut National d'Etudes Démographiques,
Population & sociétés 2000, 361.
- 54** Donati P, Cèbe D, Bajos N.
Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision.
De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.
Paris: Inserm, questions en Santé publique; 2002, p. 115-62.
- 55** Delotte J, Pillet E, Bafghi A, Boucoiran I, d'Angelo L, Bongain A.
Demandes d'IVG des mineures. Étude de leurs motivations et influences menée
au CHU de Nice.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2007; 35 : 662-65.
- 56** Lelong N, Moreau C, Kaminski M, équipe COCON.
Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (1) : 53-61.
- 57** Vilain A.
Les établissements et les professionnels réalisant des IVG
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2009, 712.
- 58** Poletti B, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les
hommes et les femmes.
Rapport d'information, Assemblée Nationale, octobre 2008. [consulté le 19/03/10]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp#P582_59582>
- 59** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L.
Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise
en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.
Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.
- 60** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L.
La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse.
Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.

- 61** Collet M.
Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG: caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville.
In: L'interruption volontaire de grossesse.
Revue française des affaires sociales, N°1
La documentation française, Paris, 2011
- 62** Bourceret E, Dell'era D.
Les interruptions volontaires de grossesse en Lorraine,
Statiss Info, DRASS de Lorraine Service Statistique, Avril 2008.
[consulté le 09/01/11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ivg_08.pdf>
- 63** Institut national de la statistique et des études économiques.
Population selon le sexe et l'âge quinquennal de 1968 à 2008 (1990 à 2008 pour les DOM). [consulté le 02/04/12].
Disponible à partir de : URL :
<http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=pop-sexe-age_quinquennal>
- 64** Institut national de la statistique et des études économiques,
Interruptions volontaires de grossesse [consulté le 02/04/12],
Disponible à partir de : URL :
<http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon06223>
- 65** Vilain A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2005.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2008, 624.
- 66** Vilain A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2006.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Etudes et résultats 2008, 659.
- 67** Agence Régionale de l'Hospitalisation Lorraine.
Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3ème génération.
Mars 2003. [consulté le 09/05/10]
Disponible à partir de : URL :
<[http://www.parhtage.sante.fr/re7/lor/doc.nsf/VDoc/073ED057A0A9FCF1C1257140004A097B/\\$FILE/DOCUMENT_SROSI_V2.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/lor/doc.nsf/VDoc/073ED057A0A9FCF1C1257140004A097B/$FILE/DOCUMENT_SROSI_V2.pdf)>
- 68** Institut national de la statistique et des études économiques,
Base des unités urbaines 2010. [consulté le 09/05/10]
Disponible à partir de : URL :
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.ht

- 69** Institut national d'études démographiques.
Avortements suivant la région, le département de résidence et le groupe d'âge de la femme [consulté le 02/04/12],
Disponible à partir de : URL :
<http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2006/T59_2006.html>
- 70** Institut national de la statistique et des études économiques, Florémont M.
Ecoscopie des Vosges, Synthèse, Avenir démographique incertain,
Economie Lorraine 2009, 158-159. [consulté le 02/04/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14399>
- 71** Institut national d'études démographiques.
Avortements suivant la région, le département de résidence et le groupe d'âge de la femme [consulté le 02/04/12],
Disponible à partir de : URL :
<http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2006/T59_2006.html>
- 72** Naves MC, Sauneron S, Centre d'analyse stratégique.
Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale.
La note d'analyse, n° 226, juin 2011. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011>>
- 73** Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S.
Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles.
Paris: Odile Jacob; 2012.
- 74** Aubin C, Branchu C, Vieillerivière JL.
Les organismes de planification, de conseil, et d'éducation familiale : un bilan.
Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.
- 75** Institut national de l'audiovisuel,
Hebdo-vie moderne : la contraception. 12 janv 1972. [consulté le 23/10/11]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAF91052713/hebdo-vie-moderne-la-contraception.fr.html>>
- 76** Institut national de l'audiovisuel,
Journal télévisé 20H, A2. [consulté le 23/10/11]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAB8201481501/la-contraception.fr.html>>

- 77** Dossier de presse.
Contraception et IVG, 27 juillet 2000. [consulté le 23/10/11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_sur_l_IVG_de_juillet_2000.pdf>
- 78** Bardou J.
Proposition de loi relative à la contraception d'urgence :
Contraception d'urgence : une approche responsable en faveur des femmes et des jeunes filles. Rapport d'information sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence.
Rapport d'information n° 43 (2000-2001), 24 oct 2000. [consulté le 23/10/11]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.senat.fr/rap/r00-043/r00-0433.html#toc8>>
- 79** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
Favoriser le dialogue sur la contraception.
Dossier de presse, Mai 2008. [consulté le 23/10/11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf>
- 80** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
Contraception: les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? Dossier de presse, Octobre 2011. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
- 81** Gautier A, Balcou-Debussche M, Baudier F, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
Baromètre Santé Médecins généralistes 2009.
Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale, juin 2011, p 57-9. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>>
- 82** Boivin MC.
La prévention des IVG chez les jeunes.
Expérience de l'Éducation nationale et des services de promotion de la santé auprès des élèves.
3ème Journée régionale autour de l'IVG – Recueil des interventions –
Observatoire Régional de Santé Bourgogne, 2008.
- 83** Narboni F, Picod C, Urcun JM.
L'éducation à la sexualité, Guide d'intervention pour les collèges et les lycées, Ministère de l'Education Nationale. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf>

- 84** Narboni F, Neulat N, Picot C, Doyen J.
L'éducation à la sexualité au collège et au lycée, Guide du formateur,
Ministère de l'Education Nationale. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/68/2/education_sexualite_112682.pdf>
- 85** Broussouloux S, Houzelle-Marchal N.
Education à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet.
Ed: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Saint-Denis,
2006. [consulté le 15/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1008>>
- 86** Nisand I, Toulemon L.
Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures,
Haut Conseil de la Population et de la Famille,
Rapport décembre 2006. [consulté le 16/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//074000104/0000.pdf>>
- 87** Association « Les petits débrouillards de Lorraine ».
La sexothèque, s'exprimer et s'explorer [consulté le 16/02/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.lespetitsdebrouillardslorraine.org/La-Sexotheque-s-exprimer-et-s.html>>
- 88** Association « Les petits débrouillards de Lorraine ».
La sexothèque, s'explorer et s'exprimer,
Dossier sexothèque [consulté le 16/02/12],
Disponible à partir de : URL :
<http://blog.debrouillonet.org/6TLorraine/public/111_C_ICI_KON_MET_LES_FICHIER/sante/sexotheque/dossier_sexotheque_002.pdf>
- 89** Association « Les petits débrouillards de Lorraine ».
La sexothèque, s'explorer et s'exprimer,
Bilan 2010
Document transmis par mail par l'association.
- 90** Gamet ML.
Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité,
Sexologies, 2009, 18 : 60-74.

- 91** Institut BVA,
Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, novembre 2008,
[consulté le 03/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf>
- 92** Gautier A, Balinska MA, Baudier F.
Baromètre Santé médecins / pharmaciens 2003.
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, avril 2005. [consulté le 03/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>>
- 93** République française.
Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
JO n°250 du 27 octobre 2001, p.16963
Disponible à partir de : URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3213D5A45A4CAE83EEB3D9DDB3A2C3DF.tpdjo02v_2cidTexte=JORFTEXT000000773722&categorieLien=id>
- 94** Gelly M.
Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée,
Bibliothèque du féminisme,
Paris : L'Harmattan; 2006.
- 95** Kane R, Wellings K.
Reducing the rate of teenage conceptions. An international review of the evidence: data from Europe.
London: Health Education Authority; 1999.
- 96** Ketting E, Visser A P.
Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained.
Patient Education and Counseling, 23 : 161-171
- 97** Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive.
Santé Sexuelle Suisse, qui sommes-nous? [consulté le 09/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.plan-s.ch/-PLANeS,38->>
- 98** Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive,
isis-info.ch, Accueil/ Recherche [consulté le 09/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.isis-info.ch/index.cfm?lng=fr>>

- 99** Institut de la statistique du Québec.
Le bilan démographique du Québec, Edition 2011,
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011, p. 41 [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2011/bilan2011.pdf>>
- 100** Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Duquet F.
L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation,
Bibliothèque nationale du Québec, 2003, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b640b2b84246d64785256b1e00640d74/fee319cb2678175385256dc50055a0b4?OpenDocument>>
- 101** Gouvernement du Québec, Pelletier J.
Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent.
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e7c1c280949f8ee1852572c000626038?OpenDocument>>
- 102** Ramsay S., Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
Embrasser d'autres cultures: l'éducation sexuelle auprès d'une clientèle
multiculturelle,
Ca s'exprime n°3, hiver 2005, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.casexprime.gouv.qc.ca/fr/recherche/cultures>>
- 103** Blais J., Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
La grossesse à l'adolescence: un phénomène qui persiste !
Ca s'exprime n°2, hiver 2005, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://casexprime.gouv.qc.ca/fr/magazine/numero/2/>>
- 104** St-Onge L., Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
La prévention du sida et des autres MST dans une perspective d'éducation à la
sexualité chez les élèves présentant une déficience intellectuelle.
Bibliothèque nationale du Québec, 1999, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b640b2b84246d64785256b1e00640d74/21572dd31cce79bb852569750065b5f6?OpenDocument>>
- 105** Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du
Québec, Collège des médecins du Québec, Institut national de santé publique
du Québec.
Questions-réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective de
contraception hormonale, Janvier 2007, [consulté le 14/05/12]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.opq.org/CMS/MediaFree/file/OC-contraception-hormonale/questions-reponses_sur_oc_en_ch-version_30_01_2007_4.pdf>

- 106** Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale,
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009, [consulté le 14/05/12],
Disponible à partir de : URL :
<http://www.oiiq.org/sites/default/files/249_guide_contraception.pdf>
- 107** Feldman W., Martell A., Dingle JL.
Prévention des grossesses non désirées et des maladies transmises sexuellement
chez les adolescents,
In: Guide canadien de médecine clinique préventive,
Ed: Groupe Communication Canada, Ottawa; 1994
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s6c46f.pdf>>
- 108** NHS Choices,
guide to contraception [consulté le 14/05/12],
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.nhs.uk/Livewell/Contraception/Pages/Guidetocontraception.aspx#Where>>
- 109** Miller KS, Kotchick BA, Dorsey S, Forehand R, Ham AY.
Family communication about sex: what are parents saying and are their
adolescents listening ?
Family Planning Perspectives, 1998, 30(5):218–222 & 235
- 110** Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M.
Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old swedish boys' perceptions
on abortion, reproduction and use of contraception.
European J. Contraception Reproduction Health, 2007 Jun; 12 (2): 111-8
- 111** Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE.
Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215.
DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2.

VU

NANCY, le **25 juillet 2012**

Le Président de Thèse

Professeur Francis GUILLEMIN

NANCY, le **26 juillet 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 4053

NANCY, le 27/08/2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

Marion PHILIPPON

Titre de la thèse:

Recours à l'IVG de 2005 à 2010 :

état des lieux d'une situation locale, réflexions et perspectives.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Ce travail est né d'un questionnement des médecins généralistes de la vallée de la Haute Moselle sur la situation locale du recours à l'IVG. Il est organisé selon trois axes. Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques de l'IVG en France ? Quelle est la situation du recours à l'IVG dans la vallée de la Haute Moselle ? Quelles sont les méthodes de prévention envisageables, au regard des différentes actions menées jusqu'à présent en France et à l'étranger ?

Une étude rétrospective a été menée sur des patientes habitant dans une zone déterminée et ayant eu recours à l'IVG dans les centres hospitaliers de Remiremont, d'Épinal, et à la clinique l'Arc-en-Ciel, de 2005 à 2010. Une cartographie de la zone a été établie. Les taux d'IVG pour les femmes de 15 à 49 ans sont inférieurs aux taux nationaux et régionaux. La tendance des taux des 15-19 ans et des 20-24 est à l'augmentation, avec des taux parfois supérieurs aux données nationales et régionales. Les effectifs sont trop faibles pour que des zones sensibles soient mises en évidence.

Le rôle de prévention du médecin généraliste est primordial mais doit être accompagné de mesures complémentaires favorisant la gratuité de la contraception pour les mineurs, une éducation à la vie affective en milieu scolaire, l'information des parents et l'accessibilité du système des centres venant en aide aux mineurs et aux personnes en situation de précarité. Au delà d'initiatives locales, la résolution de ce problème de santé publique complexe nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

TITRE EN ANGLAIS

Resort to induced abortion from 2005 to 2010 :

appraisal of a local situation, reflexions and prospects.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : Interruption volontaire de grossesse
Méthodes de prévention
Médecine générale
Épidémiologie

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
